



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança - Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta

Relatório elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Maria João Figueira Martins

Ana Maria Felizardo dos Santos Colaço

2014

“Para compreender uma criança temos de voltar ao país das memórias, reviver o que ficou para trás, habitar de novo medos de nos esquecermos (...) Para a compreender temos de voltar a pele do avesso, reduzir a dimensão do corpo na medida inversa em que cresce o sentimento. Cada criança é uma história para contar.”

Nuno Lobo Antunes *in* Mal-entendidos

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Brandão, orientadora académica, pela disponibilidade e apoio, bem como pelos esclarecimentos prestados ao longo deste percurso académico.

À Dra. Joana Carvalho, orientadora local, um especial agradecimento, pela aprendizagem que me proporcionou e que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como pelo pelos sábios conselhos e o voto de confiança.

Em terceiro lugar, gostaria de agradecer à Ana Margarida Ferreira, que me acompanhou nesta aventura e pelas experiências que partilhámos juntas.

A toda a equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança, pela forma carinhosa como me recebeu e pela atenção prestada durante a ausência da orientadora local.

À minha família e aos meus amigos, pela paciência, apoio incansável e, mais importante ainda, por acreditarem em mim.

Por fim, um sincero agradecimento a todas as crianças com as quais tive o prazer de trabalhar e pelas experiências partilhadas, bem como às suas famílias, que se envolveram também neste processo e me receberam com confiança e carinho.

A todos, muito obrigada!

Resumo

O presente documento descreve a prática profissional desenvolvida no Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva, no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora, durante o ano letivo 2013/2014. O trabalho desenvolvido centrou-se nas áreas da Psicomotricidade e Intervenção Precoce, numa metodologia de intervenção tanto individual como em grupo, com crianças com Perturbações do Desenvolvimento. A intervenção seguiu uma organização lógica e coerente passando pelas avaliações, planos de intervenção, intervenção psicomotora e por fim, avaliação final e análise dos resultados obtidos. De uma forma mais pormenorizada são relatados dois estudos de caso que ilustram a aplicação prática da psicomotricidade, através do desenvolvimento de várias áreas, nos domínios motor, comportamental, relacional e afetivo.

Palavras-Chave: Psicomotricidade, Intervenção Precoce, Perturbações do Espectro do Autismo, Atraso Global do Desenvolvimento, Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky, Bateria Psicomotora, intervenção individual, intervenção em grupo, avaliação do temperamento, perfil psicomotor.

Abstract

This document describes the professional practice developed at the Child Development Center – Professor Torrado da Silva, inserted into the branch of Professional Skills for the master's degree in Psychomotor Rehabilitation, during the school year 2013/2014. The work focused on the areas of Psychomotor Therapy and Early Intervention, in both individual and group intervention with children with Developmental Disorders. The intervention followed a logical and coherent organization by through assessments, intervention plans, psychomotor intervention and finally, evaluation and analysis of the results. In a more detail way, two case studies are described, illustrating the practical application of the psychomotor therapy through the development of several areas, in motor, behavioral, relational and affective domains.

Keywords: Psychomotor Therapy, Early Intervention, Autism Spectrum Disorders, Global Developmental Delay, Bruininks-Osertesky Motor Proficiency Test, Psychomotor Battery, group intervention, individual intervention, assessment of temperament, psychomotor profile.

Índice Geral

Introdução.....	1
Capítulo I - Enquadramento da prática profissional	2
(A) Enquadramento Teórico	2
1. Intervenção Precoce na Infância – Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família	2
1.1. Fundamentos teóricos.....	3
1.2. Fundamentos práticos – os primeiros programas dirigidos às idades precoces.....	4
1.3. Enquadramento Legal da Intervenção Precoce em Portugal	5
2. Psicomotricidade – O conceito	6
2.1. Psicomotricidade Relacional e Instrumental	7
2.2. Intervenção Individual e Intervenção em Grupo.....	8
3. Perturbações do Desenvolvimento	8
3.1. Perturbações do Espectro do Autismo	8
3.2. Atraso Global do Desenvolvimento	10
3.3. Dificuldades regulatórias nas Perturbações do Desenvolvimento	12
(B) Enquadramento institucional formal	14
1. Caracterização e Objetivos	14
2. Atividades desenvolvidas	15
3. Equipa	16
4. Modelo de atendimento	17
5. Instalações.....	17
5.1. Área destinada às intervenções.....	17
5.2. Área destinada à equipa técnica	18
Capítulo II - Realização da prática profissional	19
1. Calendarização das atividades.....	19
2. Horário de estágio	21
3. População atendida.....	21
4. Processo de Intervenção.....	23
4.1. Observação/Avaliação Psicomotora	23
4.2. Intervenção Psicomotora	27
4.2.1. Intervenção Individual	27

4.2.2. Intervenção em grupo	31
5. Atividades Complementares	33
5.1. Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento: do diagnóstico à intervenção	33
5.2. II Encontro de Intervenção Precoce de Lisboa e Vale do Tejo	34
5.3. II Encontro da Unidade de Psicologia do Hospital Garcia de Orta	34
5.4. Curso “Intervenções Familiares na Doença Crónica”	34
Capítulo III – Estudos de Caso	35
1. Estudo de Caso I – A.G.	35
1.1. Caracterização do Caso	35
1.2. Avaliação Inicial	36
1.3. Plano de Intervenção Pedagógico-terapêutico	37
1.4. Intervenção Psicomotora – implementação do plano pedagógico-terapêutico....	39
1.5. Avaliação Final	41
1.5.1. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky	41
1.5.2. Grelha de Observação Qualitativa do Comportamento	43
1.6. Conclusões	45
2. Estudo de Caso II – Grupo pré-escolar	46
2.1. Caracterização dos casos	46
2.2. Processo de Intervenção	48
2.2.1. Avaliação Inicial	49
2.2.2. Plano de Intervenção Terapêutico-Pedagógico	55
2.2.3. Intervenção Psicomotora	57
2.2.4. Resultados obtidos do processo de intervenção	58
2.3. Conclusões	70
Dificuldades e limitações	72
Conclusão	74
Referências Bibliográficas	75

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo de Atendimento do CDC.....	17
Figura 2 - Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade	18
Figura 3 - Decoração realizada pela Fundação Paint a Smile	18
Figura 4 - Crianças acompanhadas em Psicomotricidade	22
Figura 5 - Diagnósticos das crianças acompanhadas.....	22
Figura 6 - Subtestes do TPMBO-2.....	25
Figura 7 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões da A.G.....	40
Figura 8 - Cotação TPMBO-2 A.G., resultados brutos totais	41
Figura 9 - Cotação TPMBO-2 em cada tarefa.....	42
Figura 10 - Desenho do corpo avaliação inicial vs. avaliação final	43
Figura 11 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões do grupo pré-escolar.....	57
Figura 12 - Cotação TPMBO-2 C.C., resultados brutos totais	58
Figura 13 - Cotação BPM C.C., valores médios obtidos em cada área	59
Figura 14 - Cotação TPMBO-2 D.M., resultados brutos totais.....	60
Figura 15 - Cotação BPM D.M., valores médios obtidos em cada área	61
Figura 16 - Cotação TPMBO-2 G.M., resultados brutos totais	62
Figura 17- Cotação TPMBO-2 S.N, resultados brutos totais.	64
Figura 18 - Cotação BPM S.N, valores médios obtidos em cada área.....	64
Figura 19 - Cotação TABS Assessment tool C.C.....	66
Figura 20 - Cotação TABS Assessment tool D.M.	66
Figura 21 - Cotação TABS Assessment tool G.M.	66
Figura 22 - Cotação TABS Assessment tool S.N.	66
Figura 23 – Exemplos de atividades desenvolvidas com o grupo pré-escolar	71

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização durante os meses de novembro e dezembro	19
Tabela 2- Cronograma.....	20
Tabela 3 - Horário de estágio	21
Tabela 4 - Cotação da BPM.....	24
Tabela 5 - Caracterização do Grupo Escolar	32
Tabela 6- Cotação da Grelha de Observação do Comportamento A.G. avaliação inicial e final	43
Tabela 7 - Caracterização do Grupo pré-escolar.....	46
Tabela 8 - Calendarização da Intervenção Psicomotora Grupo pré-escolar	49
Tabela 9- Avaliação inicial TABS Assessment tool	52
Tabela 10 - Cotação da Escala de Avaliação das Relações entre Pares	68

Índice de Anexos

Anexo I – Planta do CDC.....	II
Anexo II – Lista de Materiais da Sala de Psicomotricidade.....	III
Anexo III – Crianças acompanhadas em Psicomotricidade.....	IV
Anexo IV – Folha de registo do TBMBO-2.....	VIII
Anexo V – Folha de registo BPM.....	XII
Anexo VI – Folha de registo TABS Assessment tool.....	XX
Anexo VII – Folha de cotação Assessment of Peer Relations.....	XXIII
Anexo VIII – Grelha de observação qualitativa do comportamento para o estudo de caso A.G.....	XXV
Anexo IX – Consentimento informado para gravação de imagens.....	XXVII
Anexo X – Exemplo de relatório de observação/avaliação psicomotora.....	XXVIII
Anexo XI – Exemplo de relatório de intervenção psicomotora.....	XXX
Anexo XII – Exemplo de registo semanal das atividades observadas durante os meses de novembro e dezembro.....	XXXII
Anexo XIII – Sessões da A.G.....	XXXVI
Anexo XIV – Sessões do grupo pré-escolar.....	XXXIX
Anexo XV – Exemplos de materiais construídos.....	XLIII
Anexo XVI – Cronograma das atividades 2013/2014.....	XLIV
Anexo XVII – Apresentação realizada no <i>Journal Club</i>	XLVI

Lista de Abreviaturas

AGD – Atraso Global do Desenvolvimento
APA – American Psychiatric Association
APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
APR – Assessment of Peer Relations
BPM – Bateria Psicomotora
CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança
GOC – Grelha de Observação do Comportamento
HGO – Hospital Garcia de Orta
IP – Intervenção Precoce
ITR – Índice de Temperamento e Auto-Regulação
PEA – Perturbações do Espectro do Autismo
RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
SA – Síndrome de Asperger
SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
TABS – Temperament and Atypical Behavioral Scale
TPMBO-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, 2ª edição

Introdução

O presente relatório encontra-se enquadrado no âmbito das atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.

No regulamento do RACP, encontram-se estabelecidos os objetivos gerais que passam por: (1) Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; (3) Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Deste modo, o estágio profissionalizante proporciona a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, tendo como finalidade, facilitar a inserção no mercado do trabalho. As competências adquiridas ocorrem a três níveis: (a) na intervenção pedagógico-terapêutica, através da avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intraindividual; da conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da Reabilitação Psicomotora; e da identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor e elaboração das respetivas medidas preventivas; (b) na relação estabelecida com os outros profissionais, pela participação na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e de aprendizagem em equipa multidisciplinar; e a participação na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação; e, por fim, (c) na relação com a comunidade, na qual se pretende a integração do mestrando na comunidade através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou na comunidade, que privilegiem a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos).

O estágio decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança - Professor Torrado da Silva (CDC), do Hospital Garcia de Orta (HGO), nas áreas da Psicomotricidade e Intervenção Precoce. Neste âmbito, foram desenvolvidas diversas atividades, desde observação de sessões, avaliação, planeamento e intervenção psicomotora em contexto individual e de grupo, bem como participação nas atividades e dinâmicas do CDC.

Neste sentido, o documento encontra-se organizado em três grandes capítulos. O primeiro capítulo pretende enquadrar a prática profissional, através da revisão bibliográfica dos principais conceitos teóricos associados à prática no CDC e das principais problemáticas acompanhadas nas consultas de Psicomotricidade, bem como caracterizar a instituição. No segundo capítulo, é apresentada a organização da realização da prática profissional, nomeadamente, a calendarização, as atividades desenvolvidas, a descrição da população atendida, dos instrumentos de avaliação utilizados e dos resultados do processo de intervenção. No terceiro capítulo, são apresentados dois estudos de caso. Por fim, é realizada uma reflexão sobre as dificuldades e limitações da prática profissional, e acerca das principais conclusões e perspetivas para o futuro.

Capítulo I - Enquadramento da prática profissional

Neste capítulo inicial, pretende-se descrever os conceitos e as temáticas que se encontram relacionadas com a prática profissional realizada no CDC. Deste modo, o capítulo encontra-se subdividido em dois itens: (a) Enquadramento Teórico, o qual consiste na revisão bibliográfica dos conceitos de Intervenção Precoce e Psicomotricidade, bem como as principais problemáticas acompanhadas ao longo do ano letivo; (b) Por outro lado, o segundo item prende-se com a apresentação da instituição, no sentido de descrever os seus objetivos, a sua dinâmica de funcionamento e a equipa técnica que a compõe.

(A) Enquadramento Teórico

1. Intervenção Precoce na Infância – Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família

Durante décadas, os problemas de desenvolvimento da criança foram abordados a partir de uma perspetiva essencialmente etiológica, sendo a origem da perturbação entendida numa dimensão biológica, genética ou neurológica (Franco, Melo, & Apolónio, 2012).

Neste âmbito surgiram as primeiras abordagens baseadas no modelo médico, cujos conceitos base eram “terapia” e “estimulação” e o alvo prioritário a criança (Coutinho, 1996). Assim, o conceito de intervenção precoce foi precedido pelo conceito de estimulação precoce, que se centrava unicamente sobre a necessidade de estimular a criança, no sentido de resolver, minorar ou atenuar as implicações do seu problema, colocando em ação as suas competências motoras e sensoriais (Franco, 2007).

A filosofia de intervenção do modelo médico não valorizava o envolvimento parental, dado a presença de uma perspetiva centrada nos serviços, assumindo a superioridade do profissional no que se referia às decisões a tomar sobre os cuidados a prestar à criança (Allen & Petr, 1996; Beckman, 1996; Dunst et al., 1997; Guralnick, 1997 cit in Pereira & Serrano, 2010; Correia & Serrano, 1998; Tegethof, 2007).

Progressivamente, a qualidade do desenvolvimento da criança foi sendo encarada como indissociável dos seus contextos, ou seja, os primeiros anos de vida passaram a ser compreendidos como um período particularmente sensível, no qual as experiências do mundo exterior tinham um efeito crucial sobre o desenvolvimento da criança (RAND Labor and Population, 2005; Gomes, 2008 cit in Soares, Ribeiro, Caleiro, Lima, & Luz, 2012). Devido à neuroplasticidade, o desenvolvimento cerebral poderia ser modificado por experiências precoces, tanto positivas como negativas (Boavida, 2012). Assim, a qualidade e estabilidade das relações humanas de uma criança nos primeiros anos estabeleciam as bases para o funcionamento cognitivo, o comportamento, as competências sociais e de auto-regulação e para a saúde física (National Scientific Council on the Developing Child, 2004; RAND Labor and Population, 2005).

Tendo em conta estes aspetos, os problemas de desenvolvimento passaram a ser vistos como uma confluência de fatores de risco, fatores de proteção e condições particulares em que uns e outros interatuam (Cicchetti, 1984; Cicchetti & Cohen, 1995; Rutter, 1996 cit in Franco, Melo, & Apolónio, 2012).

Até à década de 50, os pais desempenhavam um papel mais passivo, pelo que o conceito “centrado na família” começou a ser utilizado pela primeira vez, apenas a partir dessa altura (Pereira & Serrano, 2010).

Posto isto, os anos 60 marcaram o início da era moderna em intervenção precoce, nos quais se começaram a desenvolver diversos programas (Shonkoff & Meisels, 2000). Os anteriores conceitos de “terapia” e “estimulação” começaram assim a ser substituídos pelo de “intervenção”, evoluindo para modelos mais abrangentes, nos quais a intervenção não era dirigida apenas à criança, mas também ao seu contexto familiar, pois é neste que as relações precoces são formadas, constituindo a base para o desenvolvimento da criança (Coutinho, 1996; Hanson & Eleanor, 1995).

Deste modo, e de acordo com Correia e Serrano (1998), a família como foco da atenção constitui o elemento fundamental das práticas atuais de intervenção precoce. Contudo, o caminho percorrido até estas dependeu de um conjunto de fundamentos teóricos e práticos.

1.1. Fundamentos teóricos

A nível teórico a intervenção precoce contou com os contributos de diversas áreas, tais como a psicologia do desenvolvimento, cujas teorias permitiram clarificar a importância tanto da interação indivíduo-criança como das relações primárias (Shonkoff & Meisels, 1990; Dunst, 1996; McWilliam, Winton & Crais, 1996 cit in Correia & Serrano, 1998). Para além disto, foi fundamental a conceptualização dos contextos de desenvolvimento da criança, proposta por Bronfenbrenner (1979), assim como o contributo do Modelo Transacional do Desenvolvimento (Sameroff, 1983; 1993; Sameroff & Chandler, 1975 cit in Sameroff & Fiese, 2000).

De acordo com o **Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano** de Bronfenbrenner, a experiência individualizada é compreendida como subsistemas dentro de sistemas, incluídos em sistemas maiores, como “um conjunto de bonecas russas” e os quais são interdependentes entre si. Estes sistemas dão pelo nome de micro, meso, exo e macrosistemas (Bronfenbrenner, 1979; Garbarino & Ganzel, 2000). Deste modo, o indivíduo não é visto como uma tábua rasa, na qual o ambiente deixa o seu impacto, mas sim como uma entidade dinâmica e em desenvolvimento, sendo que os processos que influenciam a aprendizagem e o desenvolvimento, são produzidos pela interação dos ambientes nos quais a criança se encontra inserida (Bruder, 2010).

No que diz respeito ao **Modelo Transacional**, foi graças ao mesmo que, a partir da década de 80, se começou a dar mais importância aos fatores de risco, biológicos ou sociais (Coutinho, 1996; Tegethof, 2007). Neste modelo, o desenvolvimento da criança é visto como produto das interações dinâmicas e contínuas entre a criança e a experiência proporcionada pelos pais e o contexto social (Sameroff & Fiese, 2000).

Para além destes dois modelos, também é importante mencionar o **Modelo Desenvolvimental dos Sistemas** de Guralnick, o qual tem vindo desde 1997 a ser conceptualizado. Segundo Guralnick (2011), este modelo pretende compreender os mecanismos de desenvolvimento que estão envolvidos na promoção do desenvolvimento de uma criança no contexto da intervenção precoce. Para além disto, são incluídas, nesta perspetiva, três grandes componentes: (a) características da família (pessoais e relacionadas com a situação da criança); (b) padrões familiares (qualidade das interações pais-criança, experiências da criança e cuidados de saúde e segurança providenciadas pela sua família); (c) fatores stressores associados à situação da criança e que vão

influenciar os padrões familiares (Gronita, Bernardo, Marques, & Matos, 2011). Nestes últimos, é possível mencionar a necessidade de informações e recursos e o *stress* interpessoal e familiar (Guralnick, 1997).

Particularmente no que diz respeito aos padrões familiares, estes orientam o desenvolvimento da criança. As interações pais-criança representam a construção de relações bem estabelecidas, envolvendo a sensibilidade parental, a reciprocidade, aspetos discursivos, calor afetivo, entre outros. Por sua vez, o segundo padrão familiar inclui um conjunto de atividades iniciadas e dirigidas pelos pais, tais como o fornecimento de brinquedos adequados ao desenvolvimento da criança, introduzir a criança na rede social da família (no qual se inclui a frequência e a qualidade do contacto com diferentes adultos), ajudar a organizar uma rede de pares da criança, a seleção de creche, ou organizar experiências comunitárias que sejam consistentes com os interesses da criança ou com as suas necessidades. Por fim, o último padrão familiar diz respeito à capacidade para proporcionar saúde e segurança à criança, o que passa por uma adequada nutrição, pela vacinação e a proteção contra a violência (Guralnick, 1997; 2001).

Em 2005, Guralnick descreveu as etapas consideradas cruciais para um funcionamento adequado da intervenção precoce: (1) despiste e sinalização das situações de risco; (2) monitorização e vigilância das crianças em risco que não forem sinalizadas; (3) acesso aos serviços de IP; (4) avaliação interdisciplinar abrangente; (5) determinação da elegibilidade; (6) avaliação dos fatores stressores das famílias; (7) planeamento, desenvolvimento e implementação do programa de IP; (8) monitorização e avaliação dos resultados; e, por fim, o planeamento da transição (Gronita et al., 2011).

1.2. Fundamentos práticos – os primeiros programas dirigidos às idades precoces

Do ponto de vista prático, destacaram-se os programas de intervenção desenvolvidos a partir dos anos 70. Um destes programas é o **Head Start**, cuja abordagem na relação família-profissionais como um meio de decisão partilhada foi revolucionária (Shonkoff & Meisels, 2000). Este programa perspetivava o desenvolvimento de um sistema multidimensional e abrangente de educação compensatória, de serviços de saúde, de nutrição, de serviços sociais e de envolvimento familiar, que visava minorar os riscos de desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar, que se encontravam em situação de pobreza (Pereira & Serrano, 2010). O **Early Head Start**, dirigido a crianças com idades inferiores aos 3 anos e, à semelhança do **Head Start**, tinha como finalidade melhorar o desenvolvimento social, emocional, físico e intelectual das crianças, fornecendo suporte aos pais nos cuidados a prestar aos filhos, bem como capacitando-os a tornarem-se auto-eficazes (Shonkoff & Meisels, 2000).

Em 1975, com o **Education for All Handicapped Children Act** (PL 94-142), foi possível reconhecer o valor dos programas de intervenção precoce. Este, por sua vez, estabeleceu o direito a uma educação gratuita e apropriada para todas as crianças com necessidades educativas especiais em idade escolar. Todavia, só em 1986, com o **Education of the Handicapped Act Amendments** (PL 99-457), é que se assegurou a obrigatoriedade dos serviços para as crianças em idade pré-escolar e respetivas famílias (Pereira & Serrano, 2010).

Como foi visto, as diversas teorias e modelos práticos contribuíram para uma mudança de paradigma, passando para uma abordagem centrada na família, dado que se pretende que a família consiga uma melhor inserção na comunidade, através da utilização dos recursos disponíveis ou através da constituição de redes sociais de apoio consistentes (Almeida, 2004).

Deste modo, a Intervenção Precoce (IP) é atualmente vista como um conceito mais amplo e dimensional, definido como o conjunto das intervenções dirigidas às crianças, até aos 6 anos, com problemas de desenvolvimento ou em risco de os desenvolverem, bem como às suas famílias e contextos (Correia & Serrano, 1998).

Posto isto, o papel dos profissionais de IP passa por criar condições que previnam os resultados negativos em termos de desenvolvimento da criança, maximizando as oportunidades de aprendizagem e a integração nos domínios familiar, escolar e social. É ainda de referir que a intervenção precoce desempenha um papel fundamental ao providenciar suporte à família, através do reforço das competências familiares, da promoção de uma boa base de suporte emocional, da ajuda na identificação dos recursos, o que conseqüentemente, diminui o stress e aumenta o bem-estar familiar (Franco, 2007; Serrano & Boavida, 2011). A tarefa central da intervenção precoce passa assim por estabelecer ou restabelecer os padrões familiares de interação colocando-os num nível o mais ideal possível (Guralnick, 2011).

1.3. Enquadramento Legal da Intervenção Precoce em Portugal

Em Portugal, pode-se situar nos anos 80 as intervenções precursoras dos programas de intervenção precoce (Almeida, 2000). No final desta década, emergiu um movimento em prol da implementação da intervenção precoce na infância caracterizado pela redefinição teórica e metodológica decorrente dos modelos de serviços já existentes nos Estados Unidos da América. Desde essa altura, foram multiplicando as equipas de intervenção precoce por todo o país, promovidas pelos diferentes serviços oficiais, Cooperativas e Instituições Particulares de Solidariedade Social (Gronita et al., 2011).

O primeiro marco em termos legislativos, exclusivamente dedicado à Intervenção Precoce consistiu na criação do Despacho Conjunto n.º 891/99 [DC 891/99], em 1994, no qual estavam envolvidos os Ministérios da Educação, Solidariedade e Segurança Social, e de Saúde. Este era dirigido a crianças dos 0 aos 6 anos com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias (Pinto et al., 2012).

Todavia, em outubro de 2009, foi aprovado um novo decreto-lei, ainda em vigor - o Decreto-Lei 281/2009 – o qual visava a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). De acordo com este Decreto- Lei 281/2009, o SNIPI define-se como abrangendo “as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias”. O primeiro grupo alvo é definido como aquele em que se identifica “qualquer risco de alteração, ou alteração que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social”, enquanto o “risco grave de desenvolvimento” é definido como a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança” (Franco, Melo, & Apolónio, 2012).

Deste modo, de acordo com o Decreto-Lei 281/2009 a intervenção precoce é definida como o conjunto de medidas de apoio integrado, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa.

2. Psicomotricidade – O conceito

A Psicomotricidade como ciência é entendida como o campo transdisciplinar que investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e o corpo, e entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2010b). De acordo com Aragón (2007), a psicomotricidade compreende a pessoa na sua globalidade, não unicamente no seu aspeto orgânico, implicando aspetos motores e psíquicos, sendo estes últimos entendidos como aspetos cognitivos e emocionais.

Para além disto, a psicomotricidade também tem em consideração o contexto ecológico, sócio histórico e cultural onde o indivíduo está inserido, com a finalidade de gerar novos processos de facilitação e de interação com os vários contextos (Fonseca, 2010b).

Deste modo, a psicomotricidade tem como principal finalidade desenvolver as competências motoras, cognitivas e socioafetivas, através do corpo e do movimento livre e espontâneo em interação física, simbólica e cognitiva com o meio (Aragón, 2007). A teoria e a prática da psicomotricidade nascem, estabelecem-se, criam-se e manifestam-se a partir da experiência, sendo que através de uma abordagem corporal, a personalidade do indivíduo e as suas potencialidades em todos os aspetos (motor, afetivo-social, comunicativo-linguístico e intelectual-cognitivo) são desenvolvidas (Riaño, 2002).

Quanto ao psicomotricista, este pode desenvolver um papel de facilitador para o indivíduo, de modo a que este possa aceder à sua memória sensorial real que permaneceu separada e isolada do resto da personalidade (Vigne, 2001 cit in Rivière, 2010). Neste sentido, pretende-se ajudar o indivíduo a organizar o modo como interage e se relaciona verbal e corporalmente com o espaço envolvente e com os elementos que o constituem (Carvalho, 2005).

Assim, o âmbito de atuação é amplo, podendo trabalhar-se na educação, reeducação, prevenção e terapia ao longo de todas as etapas do desenvolvimento humano, desde as crianças aos idosos (Aragón, 2007), nas mais diversas situações ligadas a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2012).

Como ponto de partida para a intervenção psicomotora com crianças tem-se a atividade lúdica, que atua como facilitador da interação com o meio e da comunicação com o terapeuta (Carvalho, 2005). Como tal, podem ser utilizadas várias metodologias de intervenção, nomeadamente, técnicas de relaxação e consciencialização corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora, associando sempre a atividade representativa e simbólica (APP, 2012).

Nas idades pré-escolares, a psicomotricidade é indispensável no processo de alfabetização, dado que o movimento é a base para que a criança obtenha o conhecimento do que está ao seu redor, através do corpo e das perceções e sensações. A psicomotricidade permite assim desenvolver competências psicomotoras, tais como: coordenação global, coordenação visuo-motora, imagem e esquema corporal, organização espacial e temporal, discriminação visual e auditiva, as quais constituem os

pressupostos para a aprendizagem da leitura e escrita (Nogueira, Carvalho e Pessanha, 2007 cit in Bermudez, 2013).

Em suma, a psicomotricidade parte duma noção holística, total e sistémica do corpo e da motricidade, que estuda o indivíduo e o seu corpo em movimento (Fonseca, 2010b; Almeida, 2013). Assim, pretende-se criar sensações a partir do corpo, estruturar e organizar a informação sensorial e vivenciar a simbolização (Riaño, 2002), ou seja, o psicomotricista estimula pelo movimento, o desenvolvimento do pensamento (Fonseca, 2001).

Existem dois tipos distintos, mas complementares, de abordagem terapêutica no âmbito da psicomotricidade: a relacional e a instrumental.

2.1. Psicomotricidade Relacional e Instrumental

Na psicomotricidade relacional, o mais importante não é agir sobre a problemática psicomotora, mas sim descobrir o conflito pulsional associado a esta. Baseia-se na dialética emocional transferencial e contratransferencial. Nesta dialética, o psicomotricista deve criar uma ligação com a criança baseada no reviver de situações tónico-emocionais (Orjubin, 2003 cit in Rivière, 2010), promovendo na criança a iniciativa, a criatividade, o gesto espontâneo, a curiosidade, seguindo a sua própria motivação, para que a criança se sinta maximizada nas suas competências (Costa, 2008).

A psicomotricidade relacional está ligada a objetivos tais como a autotransformação e reestruturação da personalidade, centrando-se nas tensões e nos sentimentos, que constituem a base da construção do espaço físico e psíquico (Robert-Ouvray, 2002 cit in Rivière, 2010).

Deste modo, a base desta abordagem está nas relações entre adulto e criança e, entre esta e os seus pares, centrando-se nos processos comunicacionais, sendo operacionalizada por um conjunto de estratégias de ação pedagógica e intervenção, como forma de facilitar os processos de aprendizagem e de desenvolvimento (Almeida, 2013).

Como atividade central na abordagem de tipo relacional, são valorizados o jogo e o brincar (Almeida, 2013), fundamentando-se na liberdade e respeito para que o indivíduo se movimente espontaneamente. Através do jogo e da relação corporal, pretende-se proporcionar experiências geradoras de prazer, permitindo à criança aperfeiçoar os mecanismos de funcionamento psíquico e desenvolver uma vida relacional ampla e complexa (Almeida, 2005). Desde modo, o desenvolvimento psicomotor da criança leva o seu próprio ritmo, permitindo que vá criando os seus próprios mecanismos de aprendizagem e incentivando a sua capacidade de expressão e criatividade (Aragón, 2007).

Por outro lado, a psicomotricidade instrumental segue uma linha mais tradicional, fundamentando-se na aplicação de um exame psicomotor a partir do qual se estabelecem as áreas fortes e fracas e se aplicam técnicas reabilitadoras e atividades programadas pelo terapeuta, no sentido de alcançar as etapas do desenvolvimento típico (Aragón, 2007).

De acordo com Rivière (2010) esta vertente caracteriza-se por uma atuação centrada na problemática, baseando-se na recuperação das potencialidades percetivo-motoras, tendo como objetivo a redução das dificuldades presentes.

A intervenção centrada na componente instrumental privilegia as situações-problema (Fonseca, 1981, cit. in Martins, 2001). Estas são apresentadas de forma a serem vividas como situações de êxito, estabelecendo uma relação entre a criança e a ação, suscetível de romper com os seus bloqueios e resistências e melhorando também a sua autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

Deste modo, a colocação de situações-problema deverá envolver a linguagem oral quer na antecipação da atividade quer na avaliação, que deverá ser efetuada após a sua realização, no sentido de comparar o resultado desejado com o obtido. Torna-se assim possível para a criança, situar progressivamente as suas próprias possibilidades em relação às exigências do meio (Martins, 2001).

2.2. Intervenção Individual e Intervenção em Grupo

É de referir que ambas as abordagens anteriormente referidas podem ser desenvolvidas através de dois tipos de intervenção – individual e em grupo - as quais têm tanto vantagens como desvantagens, para o terapeuta e para o alvo do processo terapêutico (Defontaine, 1978 cit in Aragón, 2007).

As sessões individuais, por um lado, necessitam de um menor espaço de intervenção. Para além disto, permitem que o terapeuta tenha uma maior disponibilidade para o indivíduo, respeitando melhor o seu ritmo de aprendizagem, o que leva, consequentemente, a uma maior participação do sujeito na sessão. Contudo, as sessões são consideradas menos dinâmicas e mais monótonas e, o facto de o indivíduo estar sozinho com o terapeuta pode levar a que se sinta mais inibido (Aragón, 2007).

Por sua vez, as sessões de grupo sendo mais estimulantes, favorecem a comunicação e permitem uma maior espontaneidade dado que o sujeito se sente menos observado (Aragón, 2007). A dinâmica grupal ajuda a criança a adquirir a noção da sociabilidade, da criatividade e da aprendizagem em grupo, dado que o grupo é, por si, criador de sensibilidades e conhecimentos, ao mesmo tempo que é organizador de estruturas adaptáveis às situações vivenciadas (Onofre, 2004).

Por outro lado, os inconvenientes prendem-se com a necessidade de obter um espaço de maiores dimensões, uma maior dificuldade na observação do grupo e maiores problemas de indisciplina. Deste modo, nalguns casos, e dependendo dos objetivos de intervenção definidos para cada caso, opta-se inicialmente por uma intervenção individual e, quando é possível, passa-se para uma intervenção em grupo, ou intercalam-se sessões individuais com sessões de grupo (Aragón, 2007).

3. Perturbações do Desenvolvimento

Nesta secção, como não é possível descrever todos os diagnósticos das crianças acompanhadas ao longo do ano letivo, será apenas apresentada uma revisão bibliográfica relativa às Perturbações do Espectro do Autismo e ao Atraso Global de Desenvolvimento.

3.1. Perturbações do Espectro do Autismo

O Autismo é uma perturbação do desenvolvimento, que foi primeiramente descrita por Leo Kanner, em 1943. Desde essa altura, os critérios de diagnóstico têm-se desenvolvido (Corsello, 2005), resultando nos critérios do DSM-IV e, mais recentemente, no DSM-V.

Segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1996) as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) incluem cinco subtipos, os quais, cada um com um diagnóstico específico - Perturbação Autística, o Síndrome de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, o Síndrome de Asperger e ainda a Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento sem outra especificação. No DSM-V (APA, 2013), já não se verificam estes cinco subtipos, sendo os seus diagnósticos específicos incluídos nos critérios de diagnóstico das PEA, à exceção do Síndrome de Rett que passa a ser uma entidade própria, deixando de fazer parte das PEA.

Tanto o Síndrome de Rett, como a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, referem-se a uma regressão nas competências (APA, 1996; Corsello, 2005), estando o Síndrome de Rett exclusivamente presente no género feminino (Cohen & Loraine, 2009). Apesar disto, apresentar-se-á apenas uma breve caracterização da Perturbação Autística e do Síndrome de Asperger, uma vez que são os subtipos de PEA mais comuns.

A Perturbação Autística (autismo clássico) é definida de acordo com uma tríade sintomática que inclui limitações qualitativas ao nível da interação social e comunicação, padrões de comportamento repetitivos e estereotipados e interesses e atividades restritas, com início antes dos 3 anos de idade (APA, 1996). São diversas as alterações que precedem o desenvolvimento da linguagem nas crianças com esta perturbação. Uma das mais importantes é a capacidade de imitação social (e.g. dizer adeus com a mão, participar em jogos de imitação, copiar as atividades das pessoas significativas) (Pereira, 1996).

Quanto ao Síndrome de Asperger (SA), o termo foi utilizado pela primeira vez pela psiquiatra britânica Lorna Wing, em 1976, e definido num estudo publicado em 1981, intitulado *Asperger's Syndrome: a Clinical Account*, que tornou acessíveis, aos cientistas e ao público em geral, as pesquisas feitas por Hans Asperger (Correia, 2012). O SA traduz-se por alterações concomitantes em duas áreas, comportamento social e interesses (Teles, 2007), mas no entanto, não se verifica um atraso significativo da linguagem, nem ao nível do desenvolvimento cognitivo (APA, 1996). Ao contrário do Autismo Clássico, que é normalmente diagnosticado aos 3 anos de idade, no Síndrome de Asperger, como o nível cognitivo e o desenvolvimento da linguagem dos indivíduos em questão são normais ou acima da média, torna-se difícil o diagnóstico, que só é fiável a partir dos 8 anos (Correia, 2012).

Para além das suas dificuldades ao nível da interação social e da comunicação, no desenvolvimento de competências motoras, as crianças com PEA apresentam limitações, quando comparadas com os seus pares com desenvolvimento típico (Whyatt & Craig, 2012). Estas dificuldades encontram-se ao nível do controlo e planeamento motor dos movimentos finos e globais (Bhat, Landa, & Galloway, 2011; Provost, Heimert, & Lopez, 2007; Ming, Brimacombe, & Wagner, 2007).

Ao nível da motricidade fina, as dificuldades prendem-se ao nível das competências grafomotoras (Mayers & Calhoun, 2003 cit in Provost, Heimert, & Lopez, 2007), em tarefas de precisão (Whyatt & Craig, 2012) e destreza manual, que requerem a coordenação dos membros superiores e o controlo visuo-motor, verificando-se atrasos em determinadas competências, tais como o alcançar, bater palmas, apontar, brincar com objetos pequenos como blocos e puzzles (Bhat, Landa, & Galloway, 2011; Ghaziuddin & Butler, 1998; Green et al., 2002; Miyahara et al., 1997 cit in Fontes, 2013), bem como dificuldades em tarefas como o abotoar, vestir, atar os atacadores, utilizar os talheres e recortar com uma tesoura (Gillberg, 1989 cit in Correia, 2012).

Por outro lado, na motricidade global, as crianças com PEA revelam dificuldades na realização de sequências motoras complexas por imitação motora (Fontes, 2013), nas habilidades com bola, principalmente na coordenação óculo-manual e óculo-podal, que requerem o controlo da força e da direção da bola para um alvo, bem como na coordenação de movimentos que envolvam ambos os lados do corpo (Staples & Reid, 2010).

Para além disso, ao nível da coordenação dos membros inferiores, as dificuldades estão presentes em atividades de equilíbrio, agilidade e velocidade, bem como ao nível do controlo locomotor, pelos padrões atípicos de marcha (e.g. marcha em pontas dos pés) (Bhat, Landa, & Galloway, 2011; Provost, Heimert, & Lopez, 2007). Num estudo levado a cabo pelos investigadores Ming, Brimacombe e Wagner, em 2007, as crianças com PEA, com presença de atrasos ao nível da motricidade global, revelaram também baixa tonicidade.

Neste sentido, nas Perturbações do Espectro do Autismo estão presentes um conjunto de dificuldades motoras, tanto ao nível da motricidade fina, como da motricidade global, as quais requerem um elevado nível de planeamento motor e são aprendidas através da imitação motora, sendo este um processo que se encontra comprometido nesta população (Provost, Lopez, & Heimerl, 2006). As limitações motoras, bem como as sociais e comportamentais, poderão reduzir as oportunidades de interação social com os pares, limitando a iniciação e a manutenção das relações sociais (Dewey, Kaplan, Crawford, 2002; Leary & Hill, 1996 cit in Bhat, Landa, & Galloway, 2011), uma vez que a maioria das brincadeiras utilizadas nas idades pré-escolares envolvem competências motoras como saltar e jogar à bola (Provost, Lopez, & Heimerl, 2006; Pan, Tsai, & Chu, 2009).

A proficiência motora poderá ser um pré-requisito para as crianças obterem sucesso nas atividades realizadas com os pares e consequentemente, apresentarem um funcionamento social mais rico (Pan, Tsai, & Chu, 2009). Torna-se assim importante identificar precocemente estas dificuldades de modo a aumentar as experiências motoras e de interação social, pelo que quanto mais cedo estas crianças entrarem em programas de intervenção precoce, maiores serão os ganhos obtidos (Corsello, 2005).

3.2. Atraso Global do Desenvolvimento

O Atraso Global de Desenvolvimento (AGD) é o subtipo mais comum de perturbação do desenvolvimento na infância. Pode ser definido como um atraso significativo em dois ou mais domínios do desenvolvimento: motricidade fina/global, linguagem, cognição, comportamento social e atividades da vida diária (Shevell et al., 2003; Shevell, Majnemer, Platt, Webster, & Birnbaum, 2005a). Um atraso significativo é definido como dois ou mais desvios padrão abaixo da norma para a idade (Tirosh & Jaffe, 2011).

Qualquer um destes domínios pode estar mais ou menos comprometido e assim o AGD é uma entidade heterogénea (Wong, 2011), não apenas na sua etiologia como também no seu perfil fenotípico (Ferreira, 2004).

O Atraso Global do Desenvolvimento tem sido entendido como um termo não categorial e flexível, não figurando como categoria diagnóstica no *DSM-IV* (Silva & Albuquerque, 2011). Todavia, no *DSM-V*, este termo encontra-se definido na categoria referente às Dificuldades Intelectuais, sendo apenas reservado a crianças com idades inferiores ou iguais a cinco anos. Segundo o *DSM-V*, este conceito é utilizado quando a criança não alcança metas de desenvolvimento esperadas, em várias áreas do funcionamento

intelectual (APA, 2013). Deste modo, o termo Dificuldade Intelectual, é apenas utilizado a partir da idade escolar (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva, & Fernandes, 2012).

No que diz respeito à sua prevalência, esta é em grande medida desconhecida, mas estimada em 1 a 3% das crianças abaixo dos cinco anos (Ferreira, 2004), sendo mais frequente em crianças do género masculino (Srouf, Mazer, & Shevell, 2006).

O Atraso Global do Desenvolvimento é visto como uma problemática complexa com um perfil nosológico ainda por definir (Riou, Ghosh, Francoeur, & Shevell, 2009). As suas causas podem ser várias, incluindo fatores genéticos, complicações pré e perinatais (infecções, prematuridade, complicações obstétricas), pobreza e nível sociocultural baixo, bem como exposição a substâncias tóxicas durante o período intrauterino (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva, & Fernandes, 2012). No entanto, num número significativo de casos, a etiologia não se encontra ainda estabelecida (Croen et al., 2001; Raunch et al., 2006 cit in Tirosh & Jaffe, 2011).

Uma investigação cuidada sobre a etiologia em crianças com atraso global de desenvolvimento é importante (Srouf, Mazer, & Shevell, 2006). Na determinação da etiologia, uma história compreensiva sobre o desenvolvimento da criança e os antecedentes familiares é essencial, i.e., uma anamnese pré, peri e pós natal detalhada, bem como um exame físico e neurológico (McDonald, Rennie, Tolmie, Galloway, & McWilliam, 2006; Ferreira, 2004). Mesmo na ausência de uma explicação etiológica definitiva, a identificação precoce ajuda as famílias na procura de recursos e apoios adequados às necessidades da criança, de modo a minimizar o surgimento posterior de dificuldades.

De acordo com Shevell et al. (2005a), as crianças com atraso de desenvolvimento revelam dificuldades significativas e persistentes na idade escolar. Estas podem ser observadas a nível académico, na aprendizagem da matemática, leitura e escrita (Scothard et al. 1998; Shapiro et al. 1990 cit in Shevell, Majnemer, Platt, Webster, & Birnbaum, 2005b).

Para além disto, são também relatadas dificuldades ao nível do comportamento e na socialização (Trower & Nicol 1996 cit in Shevell et al., 2005b; Merrel & Holland, 1997 cit in Perna & Loughan, 2013).

A nível comportamental estão associados problemas de internalização (ansiedade ou depressão) e de externalização (e.g. comportamentos agressivos) (Tirosh & Jaffe, 2011). As crianças com atraso de desenvolvimento são mais suscetíveis a terem dificuldades ao nível da regulação emocional, pelo que quanto mais difíceis a nível temperamental e maiores as dificuldades em se autorregular, maior a probabilidade de se verificarem problemas de comportamento. Temperamentos difíceis podem refletir uma maior dificuldade em as crianças se adaptarem (Guralnick, 1999), serem mais intensas a nível emocional, bem como, menos sociáveis (Crnic, Hoffman, Gaze, & Edelbrock, 2004).

Assim, ao nível das competências sociais, as crianças com AGD apresentam maiores dificuldades em se relacionar com os pares e em estabelecer amizades, caracterizando-se por menores níveis de participação social e, consequentemente, maiores níveis de jogo solitário (Guralnick & Groom, 1987 cit in Guralnick, 1999). As crianças tendem a ser menos bem-sucedidas na obtenção de respostas positivas por parte dos pares (Guralnick, Connor, Hammond, Gottman, & Kinnish, 1996 cit in Crnic et al., 2004), o que pode, a longo prazo, ter implicações na qualidade de vida (Williams & Asher, 1992 cit in Guralnick, 2010), em termos de independência, autodeterminação e inclusão nos contextos sociais.

Pelo anteriormente referido, é possível constatar que o Atraso Global do Desenvolvimento tende a ser utilizado quando uma criança não realiza as aprendizagens esperadas para a sua idade cronológica e não tem um diagnóstico específico, o que, por sua vez, permite supor que crianças com problemáticas muito diferentes podem estar a ser enquadradas sob a mesma denominação, devido ao uso flexível do termo (Silva & Albuquerque, 2011). Torna-se assim importante, em primeiro lugar, identificar a etiologia, mas também providenciar informações às famílias, sobre o prognóstico e estratégias de prevenção futuras (McDonald et al., 2006).

Dado que o atraso em algumas etapas do desenvolvimento parece ser o substrato para o surgimento de posteriores dificuldades (Shapiro, Palmer, Antel, et al., 1990 cit in Shevell et al., 2005a), é importante intervir o mais precocemente possível. Segundo Guralnick (2011), a intervenção precoce tem contribuído positivamente para o desenvolvimento das crianças com atraso global de desenvolvimento. Uma melhor compreensão da plasticidade cerebral e, por outro lado, os processos transacionais entre os fatores genéticos e ambientais (Sameroff & Fiese, 2000), providenciam uma boa forma de antecipar os ganhos desenvolvimentais após um processo de intervenção (Sharma, 2011 cit in Tirosh & Jaffe, 2011).

3.3. Dificuldades regulatórias nas Perturbações do Desenvolvimento

As diferenças individuais na forma como as crianças se comportam, i.e., o modo como reagem ao mundo em torno de si, o que lhes prende a sua atenção, de que forma são mais agitadas ou mais calmas, são aspetos que dizem respeito ao temperamento. Embora este termo tenha muitos significados, o mais consensual refere-se a um conjunto de padrões de comportamento observáveis que se presumem ter uma base neurobiológica (Sturm, 2004).

Deste modo, o temperamento inclui genes, substratos neurobiológicos, endofenótipos e padrões de comportamento evidentes (Zentner & Bates, 2008), tendo sido definido como as diferenças individuais na reatividade e autorregulação, influenciadas ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e pela experiência (Rothbart & Derryberry, 1981 cit in Rothbart, Chew, & Gartsein, 2001), sendo visíveis desde os primeiros anos de vida (Sanson, Hemphill, & Smart, 2004). O conceito de **reatividade** refere-se à excitabilidade biológica, que inclui a excitação nos sistemas neuroendócrinos, autónomos e afetivos. Por sua vez, a **autorregulação**, refere-se a processos que "aumentam, diminuem, mantêm e reestruturaram o padrão de reatividade numa antecipação ou maneira correcional" (Rothbart & Derryberry, 1981 cit in Zentner & Bates, 2008), tais como a inibição e a regulação da atenção.

Zentner e Bates (2008) caracterizaram seis dimensões do temperamento infantil: (a) **inibição comportamental/medo** – ocorre em resposta a uma pessoa ou situação não familiar; (b) **irritabilidade/frustração** - verifica-se em resposta a um *input* frustrante; (c) **emocionalidade positiva** - tendência a experimentar emoções positivas, geralmente associadas a comportamentos de aproximação; (d) **nível de atividade** - intolerância à inatividade, incluindo a frequência, velocidade e precisão dos movimentos motores globais; (e) **atenção/persistência** - capacidade de focar a atenção e de controlo como base para o movimento voluntário; (f) **sensibilidade sensorial** - capacidade de reagir a *inputs* sensoriais pouco estimulantes (visuais, auditivos ou táteis).

Por outro lado, Thomas e Chess (1977), citados por Morgan (2012), identificaram nove dimensões: nível de atividade (atividade motora), ritmicidade (regularidade do

comportamento), abordagem de retirada (à novidade), adaptabilidade, limiar de capacidade de resposta, intensidade da reação, qualidade do humor (positivo ou negativo), distratibilidade, atenção e persistência.

Ao longo dos tempos, o temperamento tem sido estudado em populações especiais, como é o caso das perturbações do desenvolvimento (Morgan, 2012). Particularmente, as crianças com perturbações do espectro do autismo e com atraso global do desenvolvimento, apresentam um temperamento difícil, caracterizando-se por baixos níveis de ritmicidade e adaptabilidade, bem como níveis elevados de humor negativo (Kasari & Sigman, 1997 cit in Konstantareas & Stewart, 2006).

Estudos analisaram a relação entre as características temperamentais da criança e o desenvolvimento de problemas de comportamento, a qual se prende com os baixos níveis de controlo inibitório e uma maior emocionalidade negativa. Porém, por vezes, os problemas de comportamento não surgem apenas pelos padrões de temperamento, mas também devido à falta de harmonia entre as características temperamentais das crianças e as respostas parentais (Zetner & Bates, 2008).

A este nível, Webster-Stratton e Eyberg (1982) verificaram que o temperamento da criança está significativamente relacionado com os problemas de comportamento e com a qualidade das relações mãe-criança. As crianças que são percecionadas pelas suas mães, como mais ativas e com uma baixa capacidade de atenção, têm tendência para revelar mais problemas de comportamento. Por sua vez, as mães de crianças mais ativas são descritas como mais negativas nas respostas que dão aos seus filhos.

Valles (2012) também deu um importante contributo nesta temática, ao constatar que a utilização de uma disciplina mais punitiva por parte dos pais coloca as crianças em situação de risco para o surgimento de comportamentos agressivos. Pelo contrário, níveis mais elevados de emotividade positiva materna funcionam como fatores de proteção, prevendo níveis mais baixos de comportamentos agressivos. Por outro lado, ao nível da inibição, Rubin e Stewart (1996 cit in Sanson, Hemphill, & Smart, 2004), revelaram que crianças mais inibidas estão mais associadas a um controlo e proteção excessivas dos pais.

Neste sentido, deve-se dar importância à compreensão que a família tem acerca do temperamento do seu filho e, ao modo como essas perceções podem ou não influenciar a forma como os pais se relacionam com as crianças (Sturm, 2004), pelo que, o desenvolvimento de programas que ajudem os pais a encontrar estratégias adequadas para lidar com um determinado padrão de temperamento, pode tornar-se benéfico (McClowry et al., 2008 cit in Zentner & Bates, 2008). Estas intervenções devem também concentrar-se em melhorar a relação pais-criança, promovendo comportamentos parentais positivos.

Para além disto, existem claras relações entre o temperamento e o desenvolvimento social, as quais se verificam pela presença não só dos comportamentos de internalização e externalização, como também pelo funcionamento social da criança em diferentes contextos sociais específicos, tais como, o contexto familiar, os pares e o contexto escolar. A importância do contexto prende-se com o facto de determinadas características temperamentais evidenciarem-se mais nuns contextos do que noutros (Sanson, Hemphill, & Smart, 2004).

Assim, no contexto de interação com os pares, o traço temperamental inibição parece ser o que mais contribui para o funcionamento da criança. A inibição dá à criança menos

oportunidades para interagir com os outros, sendo crianças menos propensas a aprender a interagir de forma eficaz com os seus pares. Isto pode conduzir à rejeição do grupo de pares e a um maior isolamento. No contexto familiar, é a irritabilidade que parece ter uma maior influência. Por fim, no contexto escolar a dimensão regulação da atenção, é a que tem um papel mais importante na influência do funcionamento da criança (Sanson, Hemphill, & Smart, 2004).

A regulação emocional também tem uma importante função no desenvolvimento social, uma vez que ajuda as crianças na gestão do *stress* e a lidar com a frustração. Isto verifica-se, especialmente, nas crianças com perturbações do espectro do autismo, que tendem a utilizar estratégias de regulação emocional menos eficazes, quando comparadas com os seus pares com desenvolvimento típico, dado que a interação social é um pré-requisito para o desenvolvimento da regulação emocional e, nestas crianças, estão presentes limitações a este nível (Konstantareas & Stewart, 2006).

Deste modo, uma maior autorregulação, quer emocional quer comportamental, encontra-se associada a uma maior competência social (McKnow, Gumbiner, Russo, & Lipton, 2009), uma vez que sistemas sociais e emocionais mais competentes conduzem a uma maior capacidade para a criança responder e se envolver eficazmente nas relações com os outros (Squires, 2003).

Como foi possível verificar, nas perturbações do desenvolvimento, existem determinados traços temperamentais que afetam o modo como a criança se desenvolve e se relaciona com os outros (pais, pares). A avaliação do temperamento nas idades precoces, bem como a identificação precoce de eventuais dificuldades, tanto a nível comportamental como social e emocional, é necessária para obtenção de resultados positivos em termos de desenvolvimento (Squires, 2003).

(B) Enquadramento institucional formal

1. Caracterização e Objetivos

O Hospital Garcia de Orta (HGO) é um hospital geral que integra a unidade de saúde de Almada, Seixal e Sesimbra. Em 1992, entrou em funcionamento o seu Serviço de Pediatria cuja prestação de cuidados de saúde pediátricos se realiza em diferentes especialidades - Neonatologia, Desenvolvimento, Neuropediatria e Cuidados Intensivos.

Assim, ao nível da sua estrutura organizacional, o Serviço de Pediatria envolve sete áreas funcionais: Internamento e Hospital de Dia; Urgência com Unidade de Curta Duração; Consulta Externa; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos; Neonatologia/Puerpério; Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento e Unidade de Pedopsiquiatria (Carvalho, 2005).

Um dos principais objetivos da equipa, desde a abertura do serviço de Pediatria, consistia na criação de um centro de desenvolvimento multiprofissional que oferecesse uma resposta especializada e de qualidade a crianças com necessidades especiais e às suas respetivas famílias (Carvalho, 2005).

Em 2007, esse objetivo tornou-se realidade, graças ao apoio do Programa Saúde XXI e da Fundação Calouste Gulbenkian. Assim, entrou em funcionamento o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDC), em homenagem ao professor Torrado da Silva, pediatra de mérito reconhecido não só em Portugal como também no

estrangeiro e pioneiro na promoção da humanização nos serviços hospitalares, na articulação entre estes, os cuidados de saúde primários e a comunidade (CDC-HGO, 2009).

O CDC encontra-se deste modo integrado numa Unidade Hospitalar do Sistema Nacional de Saúde e destina-se a crianças e jovens residentes na área de influência do Hospital Garcia de Orta, entre 0 e os 15 anos e com patologias neurológicas e do desenvolvimento. Neste sentido, o centro presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como apoio médico e psicossocial às famílias, promovendo a ligação à comunidade (CDC-HGO, 2009).

O Centro de Desenvolvimento tenta proporcionar uma assistência eficaz e eficiente, garantindo às crianças a equidade e universalidade do acesso. De um modo mais específico, os principais objetivos do CDC são (CDC-HGO, 2009):

- ❖ Atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, proporcionando investigação, avaliação e tratamento;
- ❖ Apoio médico e psicossocial às famílias;
- ❖ Promover a ligação à comunidade, já desenvolvida pelas Unidades de Neuropediatria e Desenvolvimento e de Reabilitação Pediátrica, incentivando a continuidade de ação, privilegiando a ligação com os cuidados de saúde primários e promovendo a cooperação institucional;
- ❖ Cooperar com os profissionais que atuam nos apoios educativos para avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança;
- ❖ Servir de centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que ultrapassem as capacidades técnicas dos hospitais distritais da Zona Sul;
- ❖ Colaborar na formação dos profissionais intra e extra hospitalares, nas diferentes áreas, quer através de estágios específicos quer com ações de formação dirigidas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social;
- ❖ Desenvolver atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica;
- ❖ Criar um pólo de investigação aplicada e ensaio de ajudas técnicas e novas tecnologias.

2. Atividades desenvolvidas

Relativamente às atividades desenvolvidas pelo CDC, estas classificam-se em três âmbitos: assistencial, formativo e científico (CDC-HGO, 2009).

- ❖ As **atividades assistenciais** dizem respeito às consultas individualizadas das diferentes especialidades, consultas multidisciplinares para as patologias mais complexas, bem como as intervenções terapêuticas nas diferentes áreas. As consultas individualizadas envolvem as consultas de Desenvolvimento, Epilepsia, Neuropediatria, Reabilitação Pediátrica e de Psicologia, cujo objetivo consiste no estabelecimento de um diagnóstico, através de uma avaliação personalizada, a fim de desenvolver planos de intervenções adequados a cada caso. Por outro lado, as consultas multidisciplinares são necessárias quando a patologia acarreta um maior impacto na vida da criança e da sua família, tornando-se importante um acompanhamento especializado, o qual envolve uma avaliação pelos diferentes técnicos, de modo a estabelecer um plano de intervenção e reabilitação nos diferentes domínios do desenvolvimento da criança (motor, sensorial, sensitivo, socioafetivo e familiar). Quanto às intervenções terapêuticas incluem um conjunto

de diferentes especialidades, nomeadamente Fisioterapia, Hipoterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Terapia/Reeducação Psicomotora.

É de referir que, ainda neste âmbito, o centro proporciona serviços de enfermagem, serviço social e educação. A Enfermagem pretende promover a adaptação da criança e família à situação de saúde, através de uma avaliação dos seus problemas, facilitando a autonomia no autocuidado. Por sua vez, o Serviço Social no CDC procura estimular as potencialidades das famílias e crianças, tendo em consideração as suas necessidades, tentando assim diminuir os problemas sociais que possam impedir o tratamento e/ou a reabilitação dos doentes, bem como facilitar a sua reintegração na comunidade. Relativamente à Educação, esta funciona como recurso para as famílias e comunidade na procura de orientação para os projetos de vida das crianças, visando a avaliação das situações analisadas; a articulação dos diferentes serviços da comunidade; a dinamização de um gabinete de avaliação para despiste e encaminhamento para os serviços na comunidade e, a implementação de sistemas de comunicação aumentativa/alternativa (CDC-HGO, 2009).

- ❖ As **atividades formativas** consistem na realização de estágios regulares a médicos, psicólogos, psicomotricistas e outros técnicos, bem como na organização de ações de formação destinadas a pais e técnicos das áreas da saúde, educação e da segurança social.

Ao nível das ações de formação destaca-se o Curso de Introdução à Neuropediatria e Desenvolvimento, uma formação de 32 horas que ocorre anualmente e é dirigido à generalidade dos internos de medicina. Contudo, a nível formativo são também realizadas reuniões multidisciplinares, encontros de pais, bem como, a colaboração da equipa no CDC nas reuniões gerais do Serviço de Pediatria e a participação em ações de formação para médicos, professores e pais sobre a Epilepsia, em conjunto com a Liga Portuguesa contra a Epilepsia (CDC-HGO, 2009).

Para além disto, o CDC organiza reuniões semanais de grupo e de neurorradiologia; reuniões mensais de Neurofisiologia; reuniões de Pedopsiquiatria que ocorrem de 2 em 2 meses; reuniões multidisciplinares da Cirurgia da Epilepsia com o Centro Hospital de Lisboa Ocidental (mensais); reuniões com as equipas dos Projetos de Intervenção Precoce de Sesimbra, Almada e Seixal (2 em 2 meses); reuniões com as equipas de Apoio Educativo; reuniões com professores e visitas às respetivas escolas, entre outros (CDC-HGO, 2009).

- ❖ Por fim, as **atividades científicas** prendem-se com a criação e apresentação de projetos de investigação em reuniões tanto a nível nacional como internacional, sendo também, por vezes, publicados em revistas especializadas na área do desenvolvimento infantil.

3. Equipa

Após a caracterização das atividades desenvolvidas, é importante referir que estas são organizadas por uma equipa multidisciplinar constituída por técnicos de diferentes áreas, no sentido de prestar um apoio especializado. Assim, no CDC estão presentes duas administrativas no secretariado, uma Auxiliar de Ação Médica, duas profissionais de Educação, três Enfermeiras, quatro Pediatras do Desenvolvimento, três Neuropediatras, duas Médicas Fisiatras, quatro Psicólogas, duas Terapeutas Ocupacionais, duas

Terapeutas da Fala, uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (Psicomotricista) e uma Técnica de Serviço Social.

4. Modelo de atendimento

O modelo de atendimento no CDC apresenta-se de acordo com um processo de assistência integral, que através do envolvimento dos vários médicos e terapeutas, pretende fornecer a melhor resposta terapêutica possível. A figura ilustra a cooperação entre as várias especialidades existentes para chegar aos apoios necessários, sendo este o modelo que também caracteriza o atendimento nas consultas de Psicomotricidade. Ao longo de todo este processo, realiza-se uma articulação periódica com a família e a escola.

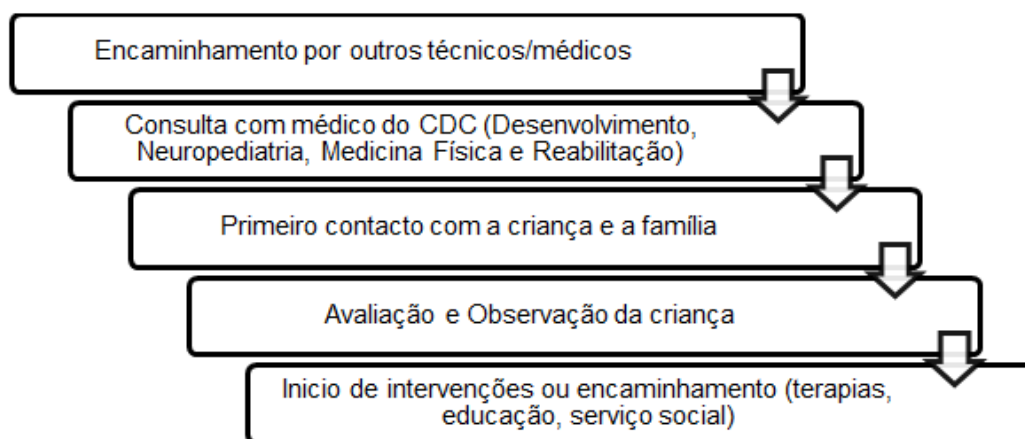


Figura 1 - Modelo de Atendimento do CDC

5. Instalações

No que diz respeito às instalações, o Centro de Desenvolvimento da Criança, encontra-se no piso 0 de um edifício construído nas imediações do Hospital Garcia de Orta, sendo que no piso superior se encontra o serviço de Psiquiatria.

O CDC é constituído por duas grandes componentes, uma área reservada às consultas e intervenções terapêuticas e uma área reservada à equipa técnica.

5.1. Área destinada às intervenções

A área destinada às intervenções inicia-se pela receção e a sala de espera, continuando num conjunto de nove gabinetes médicos, duas salas de observação, uma sala de Terapia da Fala, duas salas de Terapia Ocupacional, uma sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade, um gabinete para a Técnica de Serviço Social, um gabinete para as Educadoras, uma sala para as tecnologias de apoio, uma sala de tratamentos e uma sala de apoio. Esta área é constituída por dois corredores, um corredor principal e um secundário que permite o acesso à parte traseira das salas.

Em particular a **Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade**, na qual são realizadas a maior parte das sessões da psicomotricista, é constituída por uma ampla variedade de materiais especificamente orientados para as crianças. Nestes estão incluídos uma piscina de bolas, colchões, um banco sueco, trampolim, um espelho, bolas de vários tamanhos e texturas, dois baloiços, uma trave pendurada no teto, formas acolchoadas de diferentes formas geométricas, pinos, arcos, entre outros materiais. A sala é composta por duas portas, uma direccionada para o corredor principal dos gabinetes médicos e outra para o corredor que se encontra na parte traseira das salas.

Junto a esta porta traseira, encontram-se dois armários nos quais é possível aceder a outros recursos materiais. Todo o material existente na sala é possível consultar no anexo II.



Figura 2 - Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade

5.2. Área destinada à equipa técnica

Por outro lado, o espaço reservado para o pessoal técnico contém uma sala de secretariado, duas salas de trabalho, uma sala de coordenação, uma sala de reuniões, uma sala de pausa, uma biblioteca e um balneário. Para além disto, o CDC apresenta ainda três arrecadações e dez instalações sanitárias, das quais duas são adaptadas.

É ainda importante mencionar a decoração que dá vida às paredes do CDC. Através da Fundação *Paint a Smile* foi possível colorir as paredes das salas e dos corredores com desenhos atrativos para as crianças. Esta fundação, sem fins lucrativos e cuja sede se encontra em Genebra, foi criada no ano 2000 (*Foundation Paint a Smile*, 2000-2008).

O Hospital Garcia de Orta foi o 44º projeto desenvolvido pela *Paint a Smile* e do qual resultou um espaço mais acolhedor, tranquilo e alegre, facilitando assim a redução da ansiedade e *stress* das crianças e suas famílias (CDC-HGO, 2009). As imagens abaixo, são exemplos das figuras presentes no CDC.

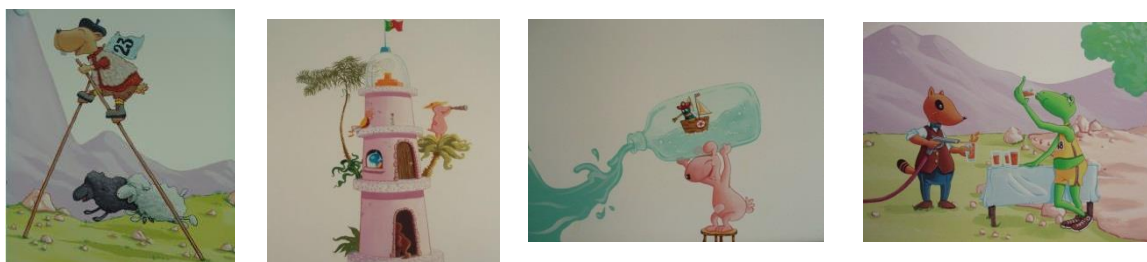


Figura 3 - Decoração realizada pela Fundação Paint a Smile

Capítulo II - Realização da prática profissional

Após uma caracterização da instituição, bem como uma apresentação dos principais conceitos associadas à prática realizada durante o estágio profissionalizante, no segundo capítulo, pretende-se dar a conhecer todas as atividades realizadas durante o período de estágio, caracterizando os processos de avaliação e intervenção, bem como os casos acompanhados.

1. Calendarização das atividades

O estágio profissionalizante teve início a 5 de novembro de 2013, tendo inicialmente ocorrido uma reunião a 3 de outubro com a orientadora académica (Prof. Doutora Teresa Brandão), a orientadora local (Dra. Joana Carvalho) e a estagiária de 1º ciclo (Ana Margarida Ferreira).

Nesta primeira reunião foram estabelecidos os objetivos e atividades que iriam ser desenvolvidas até janeiro de 2014, dado que por motivos pessoais, a orientadora local iria estar ausente durante os meses de novembro e dezembro. Assim, foi acordado que durante esse período as estagiárias iriam acompanhar os outros técnicos do CDC, de modo a conhecer o trabalho desenvolvido nas diferentes especialidades.

Após a Dra. Joana ter entrado em contacto com os seus colegas, foi organizado o calendário de estágio para os meses de novembro e dezembro, de acordo com as disponibilidades dos diferentes técnicos.

Tabela 1 - Calendarização durante os meses de novembro e dezembro

	Novembro				Dezembro	
Semanas	4 - 8	11 - 15	18 - 22	25 - 29	2 - 6	9 - 13
Intervenções a observar	Drª. Cristina TF Conceição	TO Graça	TF Carla	TO Teresa	Drª. Susana Fisio. Cristina e Margarida	Drª. Susana Fisio. Cristina e Margarida

Na tabela 1 encontram-se apresentadas as várias especialidades observadas, desde as consultas de Reabilitação Pediátrica, passando pelas sessões de Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Fisioterapia.

É de referir que existe uma forte articulação entre as várias especialidades. As consultas de Reabilitação Pediátrica seguem uma organização a nível de casos acompanhados que vai de encontro ao trabalho desenvolvido pelos terapeutas. A segunda-feira é dirigida especialmente aos casos de linguagem, ocorrendo avaliações da linguagem pela Terapia da Fala, à terça-feira de manhã realizam-se as aplicações da toxina botulínica, a quarta-feira destina-se aos casos de Paralisia Cerebral, à quinta-feira são realizadas as avaliações aos prematuros pelas Terapeutas Ocupacionais e por fim, à sexta-feira são atendidos casos de âmbito mais ortopédico.

Assim, durante seis semanas foi possível conhecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais da equipa de Reabilitação Pediátrica, sendo que todos os casos observados foram registados diariamente (anexo XII). Para além disto, também foram proporcionadas oportunidades de conhecer o trabalho desenvolvido não só no Centro de Desenvolvimento, como também no Serviço de Pediatria do Hospital, através do acompanhamento dos técnicos no Hospital de Dia e nos Cuidados Neonatais.

Concluídas as seis semanas, seguiu-se uma interrupção devido às festas de Natal e Ano Novo entre os dias 16 de dezembro de 2013 e 5 de janeiro de 2014. Posteriormente, em janeiro retomaram-se as atividades de estágio, seguindo-se uma nova organização, de acordo com o horário da orientadora local, bem como de acordo com o número de casos recebidos para a Terapia Psicomotora. Deste modo, as atividades de estágio seguiram a seguinte calendarização:

Tabela 2- Cronograma

	Integração	Observação	Avaliações Iniciais	Intervenção Psicomotora	Avaliações Finais	Realização e entrega do relatório
Nov. 2013						
Dez. 2013						
Janeiro 2014						
Fev. 2014						
Março 2014						
Abril 2014						
Mai 2014						
Junho 2014						
Julho 2014						
Agosto 2014						

Ficou acordado que a estagiária iria estender o seu período de estágio até ao dia 25 de julho, no sentido de colmatar o facto de apenas se ter iniciado a intervenção psicomotora mais tarde, devido à ausência da Técnica responsável. Assim, durante os meses de janeiro e fevereiro, procedeu-se à análise dos pedidos que estavam pendentes para a Terapia Psicomotora, tanto para consultas de primeira vez, como também, de casos já anteriormente acompanhados, e chamados para reavaliação.

Nesta fase, realizaram-se os contactos com as famílias, iniciando-se as avaliações. Num primeiro momento, as avaliações foram dirigidas pela orientadora local e posteriormente, a estagiária foi tendo progressivamente um maior contacto e prática com os instrumentos de avaliação, sendo-lhe dada a oportunidade de também avaliar as crianças.

A partir de março, como se observa pela tabela 2, iniciaram-se as intervenções e de acordo com o número de casos recebidos, bem como com a disponibilidade das salas, surgiu a necessidade de ajustar o horário da estagiária, e de aumentar o número de horas previstas no regulamento do RACP, progredindo-se para uma participação mais autónoma.

Por fim, após o período de intervenção, realizaram-se as reavaliações psicomotoras, sendo dado a conhecer às famílias os progressos e evoluções ao longo da intervenção. Em alguns casos procedeu-se ao processo de alta das crianças, considerando-se a possibilidade de no próximo ano letivo, voltarem a ser acompanhados e, noutros casos,

que estavam a ser acompanhados pela estagiária, e nos quais, se considerou importante a continuidade do apoio, progressivamente começaram a ser acompanhados pela Técnica local.

2. Horário de estágio

Relativamente ao horário de estágio, a partir de janeiro de 2014, e como já foi anteriormente referido, inicialmente privilegiou-se um momento de observação das primeiras consultas e avaliações, acompanhando o horário da orientadora local, o qual decorria de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 13h. Posteriormente, procedeu-se ao ajustamento do horário, de modo a realizar intervenções no período da tarde, que seriam seguidas mais diretamente pela estagiária.

Assim, de um modo geral, realizou-se uma média de 35 horas semanais, durante aproximadamente 29 semanas, sendo assim realizadas um total de 1015 horas de estágio. Em baixo, na tabela 3, segue-se um horário-tipo das atividades desenvolvidas durante o período de estágio.

Tabela 3 - Horário de estágio

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Manhã	Avaliações/Observação de sessões individuais	Avaliações	Avaliações		Sessões individuais
		Reunião Grupo de Autismo ¹		<i>Journal Club</i>	
				Grupo escolar	
Almoço					
Tarde	Sessão individual	Reunião Multidisciplinar	Sessões individuais	Sessão individual	
		Sessões individuais		Grupo pré-escolar	

3. População atendida

Durante o período de estágio, realizado a partir de janeiro, foi possível contactar, tanto de forma direta como indireta, com um total de 46 crianças (6 do género feminino e 40 do género masculino), entre os 4 e os 11 anos, sendo a média de idades, 6 anos (anexo III). Das 46 crianças, 34 corresponderam a primeiras consultas e 12 a consultas de 2ª vez.

¹ Apenas na primeira 3ª feira de cada mês

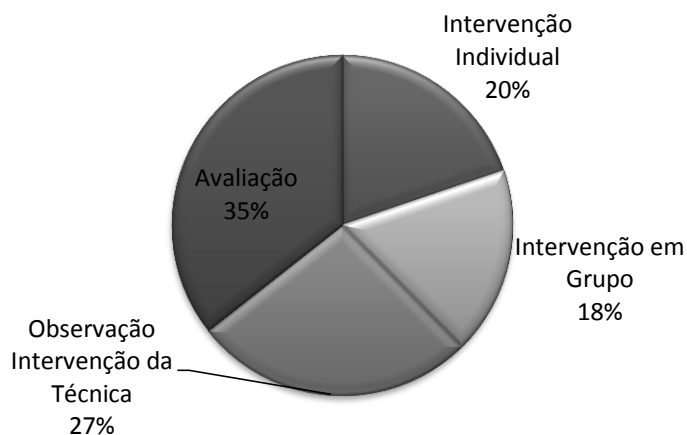


Figura 4 - Crianças acompanhadas em Psicomotricidade

Na figura 4, é possível observar a distribuição do número de crianças acompanhadas. Nos 35% referentes à avaliação, enquadram-se 9 crianças que tiveram alta após a avaliação, bem como 3 crianças que foram avaliadas, ficando a aguardar chamada para intervenção, em setembro.

Os restantes 65% referem-se às crianças que seguiram para intervenção. Deste modo, 20% das crianças foram acompanhadas diretamente em intervenção individual pelas estagiárias, e 18% em intervenção de grupo. Por fim, 27% das crianças foram acompanhadas de uma forma mais indireta através da observação das sessões dirigidas pela técnica local.

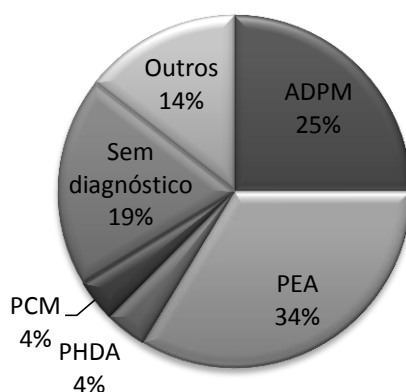


Figura 5 - Diagnósticos das crianças acompanhadas

Relativamente aos diagnósticos, a maioria das crianças foi referenciada por perturbações do espectro do autismo (34%) e atraso do desenvolvimento (25%). Em menor percentagem encontram-se as crianças com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção e com perturbação da coordenação motora. Para além disto, 19% das crianças não apresentavam um diagnóstico estabelecido, caracterizando-se pela presença de dificuldades na relação e comunicação, no planeamento e execução motora, bem como dificuldades ao nível da atenção. Por sua vez, nos 14% referentes a outros diagnósticos, destacam-se as perturbações com origem neurológica (e.g. paralisia cerebral, neurofibromatose, agnésia do corpo caloso, etc.) e ainda perturbações da linguagem e perturbações da vinculação.

4. Processo de Intervenção

Após os casos serem encaminhados para a Psicomotricidade, inicia-se o processo de intervenção com um primeiro contacto com a família e a criança, no qual se procura conhecer o percurso desenvolvimental da criança, a sua situação atual em contexto escolar e em casa, bem como as principais preocupações dos pais. Para além disto, neste primeiro contacto pretende-se esclarecer a família acerca do que consiste o processo de avaliação e intervenção psicomotora, sendo posteriormente, agendadas duas a três sessões para avaliação da criança.

Quando concluída a avaliação, é elaborado um relatório que visa descrever de forma sucinta os aspetos observados e as áreas de desenvolvimento nas quais se verificaram maiores dificuldades, bem como o tipo de resposta que poderá ser dada em termos de intervenção. O relatório de observação psicomotora (anexo X) é previamente discutido com o médico responsável e, posteriormente entregue aos pais.

Sempre que possível, procura-se oferecer uma resposta no CDC que vá de encontro às atuais necessidades da criança e da família. Esta resposta pode ser a dois níveis – intervenção individual e intervenção de grupo. Quando não existe a necessidade de intervenção, ou o número de vagas em Psicomotricidade já está totalmente preenchido, os casos podem ser reencaminhados para outras especialidades ou intervenção psicomotora no exterior. Para além disto, independentemente de as crianças poderem ter ou não, apoio em Psicomotricidade no CDC, na maioria dos casos, considera-se importante que estas possam também estar integradas numa atividade no exterior, como é o caso das atividades desportivas (e.g. natação, karaté, etc.).

Após a intervenção psicomotora, elabora-se um relatório de intervenção (anexo XI), no qual são sintetizadas as principais conclusões acerca do processo de intervenção, dos progressos das crianças, bem como sobre a necessidade ou não de continuidade do apoio em Psicomotricidade.

4.1. Observação/Avaliação Psicomotora

Relativamente à observação formal, no CDC é aplicado o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2). No CDC, a Psicomotricista aplica a forma reduzida, incluindo a totalidade dos subtestes 1, 2 e 3 da versão completa, uma vez que permitem uma análise mais completa das áreas da motricidade fina, associadas às questões do início da escolaridade, i.e, de iniciação à escrita (Carvalho, 2011). Porém, devido à ausência do TPMBO-2 na sua totalidade no CDC, por vezes, são apenas aplicadas as atividades que não requerem a utilização do material da mala do instrumento.

No sentido de complementar a avaliação através do TPMBO-2, é utilizada a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, na maioria das vezes, de uma forma informal, uma vez que permite observar diferentes aspetos ao nível do equilíbrio, da coordenação dos movimentos globais e da estruturação espaço-temporal, fornecendo uma visão global do perfil de desenvolvimento da criança. Esta, sempre que possível, é aplicada na íntegra, dado ser de fácil utilização e baixo custo em recursos materiais.

É de referir que nem sempre é possível avaliar uma criança, através de provas específicas, devido às características próprias de cada criança, as quais podem mostrar-se indisponíveis para colaborar. Deste modo, torna-se também importante observar a criança num contexto de carácter lúdico, na Sala de Psicomotricidade, através de momentos de exploração livre de um espaço envolvente e seguro.

Para além disto, no âmbito de um estudo de caso, foram também utilizados a Escala de Avaliação do Temperamento e Comportamento Atípico e a Escala de Avaliação das Relações entre pares.

De seguida, procede-se a uma breve descrição de cada um dos quatro instrumentos acima mencionados.

Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM) foi desenvolvida por Vítor da Fonseca, em 1975 e consiste num instrumento de observação do perfil psicomotor, que permite detetar défices funcionais em termos psicomotores. Destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos, facilitando a compreensão dos problemas de comportamento e de aprendizagem evidenciados pelas crianças. Deste modo, este instrumento permite a identificação de crianças com dificuldades de aprendizagem, bem como sinaliza as que não possuem as competências psicomotoras necessárias à aprendizagem e ao desenvolvimento (Fonseca, 2010a).

A Bateria é composta por sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxias global e fina, subdivididos em vinte e seis subfactores.

Em todos os fatores e subfactores, o nível de realização das tarefas é cotado de 1 a 4, em que 1 representa um nível apráxico; 2 dispráxico; 3 eupráxico e 4 corresponde ao perfil hiperpráxico. O resultado final da BPM é assim obtido, somando todos os subfactores, sendo que a cotação máxima é de 28 pontos. Na tabela seguinte, é possível observar os intervalos pontuais e os seus respetivos tipos de perfil psicomotor:

Tabela 4 - Cotação da BPM

Pontos da BPM	Tipo de Perfil Psicomotor	Dificuldades de Aprendizagem
27-28	Superior (hiperpráxico)	-
22-26	Bom (hiperpráxico)	-
14-21	Normal (eupráxico)	-
9-13	Dispráxico	Ligeiras (específicas)
7-8	Deficitário (apráxico)	Significativas (moderadas ou severas)

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2) tem como objetivo avaliar a proficiência motora, detetando precocemente crianças e jovens que apresentem competências na área da motricidade ou sinais funcionais desviantes.

A primeira publicação, em 1978, foi sujeita a revisões e atualizações, originando em 2005, o TPMBO-2. Este teste, de referência à norma e de aplicação individual, sofreu um alargamento das idades de aplicação pois como este se aplica a crianças e jovens com perturbações, a sua maturação é mais longa, justificando a passagem para as idades dos 4 aos 21 anos.

O TPMBO-2 pode ser aplicado de duas formas: na forma reduzida ou na forma completa. A forma reduzida é de mais rápida aplicação, sendo constituída por 14 itens. Contudo, ambas as formas de aplicação são compostas por um conjunto de tarefas que permitem avaliar quatro áreas motoras - controlo manual fino, coordenação manual, controlo do corpo e a força e agilidade, as quais se encontram estruturadas em 8 subtestes: precisão

motora fina, integração motora fina, destreza manual, coordenação bilateral, equilíbrio, velocidade de corrida e agilidade, coordenação dos membros superiores e força, como é possível observar pelo esquema em baixo apresentado (Bruininks & Bruininks, 2005).

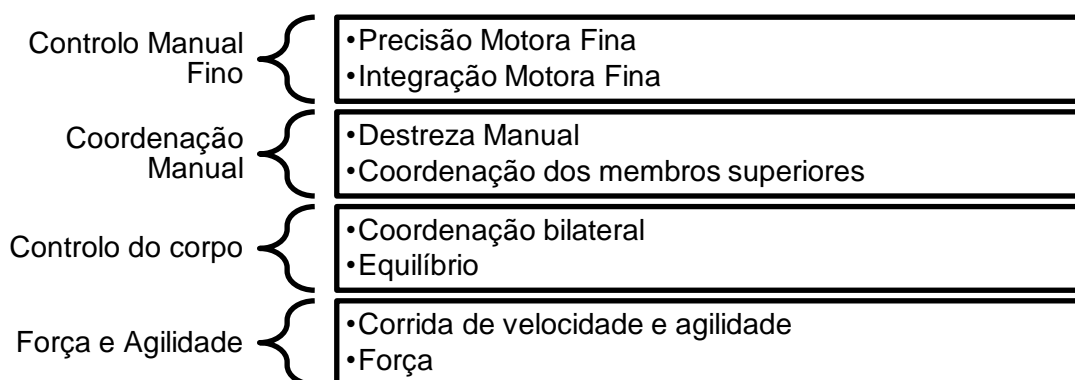


Figura 6 - Subtestes do TPMBO-2

Escala de Avaliação do Temperamento e Comportamento Atípico

O *Temperament and Atypical Behavior Scale* (TABS) é um instrumento que visa avaliar o temperamento e problemas de comportamento em crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 71 meses. O TABS é formado por três componentes: o *TABS Screener*, o *TABS Assessment Tool*, e o *TABS Manual*.

No âmbito do estágio, foi utilizado apenas o *TABS Assessment Tool* que permite avaliar comportamentos atípicos de autorregulação em áreas como o temperamento, atenção, vinculação, comportamento social, brincar, comportamento oral e vocal, juízo e movimento, autoestimulação e autoagressão e estado neurocomportamental. Para cada um dos itens, são dadas três tipos de resposta: não, sim e preciso de ajuda. Se o comportamento da criança não for um problema, deverá ser registada a resposta “não”, “sim” se o comportamento for um problema e “preciso de ajuda” se, para os casos de comportamento problemático, o prestador de cuidados precisar de ajuda para lidar com o comportamento. Esta checklist é constituída por 55 itens e encontra-se dividida em quatro subescalas (Neisworth, Bagnato, Salvia, & Hunt, 1999):

Desligado	Evidenciado quando se verifica um comportamento ausente, indiferente, egoísta, difícil de envolver em atividades e desligado das rotinas do dia-a-dia que envolvem adultos ou outras crianças. Estes comportamentos podem ser verificados em diversos contextos e atividades da vida da criança. Este subtipo é frequentemente verificado em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.
Hipersensível/Ativo	Exibe-se a partir de comportamentos muito reativos, até mesmo em envolvimento com poucos estímulos, e.g.: são muito movimentados; são facilmente irritáveis e agitados; têm dificuldade em se acalmarem quando ficam aborrecidos e choram; são demasiado caprichosos, impulsivos ou destrutivos. Os comportamentos deste subtipo são frequentemente associados à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.
Pouco Reativo	Fraca resposta da criança a estímulos e requer uma estimulação

	envolvimental intensa para que se despoleta uma resposta. Os comportamentos típicos destas crianças são estado de alerta baixo, passividade e apatia. Os comportamentos deste subtipo parecem ter relação com uma variedade de problemas neurodesenvolvimentais severos.
Desregulado	Dificuldade em controlar ou modular o comportamento neuropsicológico e o comportamento oromotor. Os comportamentos típicos deste estilo de temperamento são uma frequente dificuldade em adormecer, chorar por demasiado tempo, gritarem durante o sono ou parecerem mesmo inconsoláveis.

Para obter o resultado bruto, soma-se o número de itens cotados como “sim” para cada subescala, sendo que a soma dos resultados brutos das quatro subescalas, representa o Índice de Temperamento e Autorregulação (ITR). Se o ITR variar entre 0 e 4, significa que a criança não apresenta problemas ao nível do temperamento e autorregulação. Por outro lado, se uma criança apresentar um ITR entre 5 e 7, o seu desenvolvimento poderá estar em risco e, por fim, se os scores de ITR forem compreendidos entre 8 e 10+, é identificada como tendo um desenvolvimento atípico. Ao nível dos subtipos uma criança é identificada com o estilo de temperamento e autorregulação *Desligado* quando apresenta 3 ou mais itens assinalados; *Hipersensível/Ativo* com 6 ou mais itens; *Pouco Reativo* quando se verificam apenas 2; e *Desregulado* na presença de 2 ou mais comportamentos.

Avaliação das Relações entre Pares

A escala *Assessment of Peer Relations* (APR), criada por Guralnick (2003), é uma das componentes concebidas para melhorar as competências sociais de crianças entre os 3 e os 5 anos, que apresentem problemas no estabelecimento e manutenção de relações produtivas e bem-sucedidas com os seus pares. A APR caracteriza-se por propósitos clínicos e educacionais. Educacionais no sentido em que pretende transmitir a ideia de que formar relações entre pares é um processo integrativo que depende amplamente do desenvolvimento de competências fundamentais, capacidades e processos. Por outro lado, também constitui uma ferramenta clínica, uma vez que ajuda os profissionais na compreensão e explicação das razões pelas quais as crianças podem experienciar dificuldades nas relações com os pares, podendo essa informação servir de base para a implementação de programas de intervenção.

A APR é constituída por três secções. Em cada secção existem diversas afirmações, cujo tipo de resposta se encontra organizado segundo uma escala de Likert – raramente, por vezes, frequentemente, quase sempre – no sentido de avaliar o comportamento da criança e dos seus pares, através da observação numa variedade de situações de jogo.

Na primeira secção é fornecida informação geral acerca da natureza das interações da criança, ou seja, inclui o nível de envolvimento das crianças e tem como finalidade a iniciação das interações e o sucesso dessa iniciação. Para além disto, é realizada uma avaliação dos processos que formam as bases essenciais para uma interação entre pares, apropriada e efetiva (regulação emocional e compreensão partilhada - regras sociais, experiência comum de acontecimentos diários e aspetos do jogo simbólico). A segunda secção está organizada tendo em conta três tarefas sociais importantes para as crianças pequenas: (1) entrada no grupo de pares, (2) resolução de conflitos e (3) jogo mantido. A observação do envolvimento nas diferentes tarefas sociais permite determinar

as influências dos processos subjacentes às estratégias sociais de interesse, os quais são abordados na terceira secção. Assim, na terceira secção, o primeiro processo corresponde à regulação emocional, sendo que o segundo consiste nos processos cognitivo-sociais, i.e., componentes processuais que as crianças utilizam numa troca social particular, para gerar uma estratégia social (como as crianças pensam sobre um problema particular, durante as interações com os pares). Por fim, é realizada uma avaliação da capacidade da criança para reconhecer tarefas sociais específicas e a colocação em prática dessas tarefas ao longo do tempo, de forma coerente e eficaz. São estes processos de ordem superior a chave para sustentar as interações com os pares.

Para a aplicabilidade no âmbito do estágio, optou-se por realizar uma adaptação da APR, selecionando-se apenas um conjunto de itens da primeira secção, construindo-se assim uma grelha de observação das relações entre pares.

Durante o período de estágio, a estagiária avaliou 29 crianças, das quais 7 iniciaram intervenção individual com a estagiária, 1 intervenção individual com a estagiária de 1º ciclo, 8 em intervenção em grupos, 6 tiveram alta da consulta, 4 iniciaram intervenção em julho com a Dra. Joana, e 3 ficaram a aguardar chamada para intervenção, a iniciar em setembro. Deste modo, seguidamente, são caracterizadas brevemente as crianças acompanhadas pela estagiária, em intervenção individual e de grupo.

4.2. Intervenção Psicomotora

4.2.1. Intervenção Individual

Durante as atividades de estágio, tal como mencionado anteriormente, foi possível intervir de forma individual com 7 crianças com diferentes problemáticas e idades. Uma vez que não é possível apresentar todos os casos de forma detalhada, procedeu-se à seleção de um estudo de caso que será aprofundado, no próximo capítulo. Neste sentido, os restantes casos serão apenas descritos de forma sucinta.

Todos os casos aqui apresentados referem-se a crianças do género masculino, com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos. As intervenções tiveram frequência semanal e uma duração de 45 minutos.

A.O.

O A.O. nasceu a dia 8 de agosto de 2005, de parto eutócico, tendo sido a gravidez vigiada e sem complicações. Apresenta um diagnóstico de Síndrome de Asperger, com dificuldades na coordenação motora e ao nível da atenção, bem como presença de interesses restritos e alguns comportamentos ritualizados. Frequenta o 3º ano e na escola revela dificuldades de socialização com os pares, dedicando-se apenas aos seus interesses restritos (e.g. Pokémon). Em casa, revela alguns comportamentos de oposição e instabilidade. Ao nível das atividades extracurriculares, atualmente frequenta a natação, onde tem vindo a fazer evoluções.

O A.O. foi encaminhado da consulta de Desenvolvimento para a de Psicomotricidade, para observação psicomotora. Na observação inicial, o A.O. revelou um bom estabelecimento na relação com o adulto e colaboração nas tarefas, apresentando maiores dificuldades nas tarefas relacionadas com a coordenação global dos membros superiores e inferiores, e ao nível do equilíbrio. Iniciou intervenção psicomotora no final de fevereiro, no sentido de o ajudar a melhorar as suas competências motoras e a ganhar

uma maior segurança, bem como a ajudá-lo na organização e estruturação do seu comportamento. No total foram realizadas 15 sessões.

Ao longo da intervenção optou-se por organizar as sessões de acordo com os interesses da criança, de modo a envolvê-lo nas atividades. No entanto, por vezes, verificava-se a tendência para o A.O. querer controlar as atividades, revelando dificuldade em ouvir e aceitar as ideias do outro. Parecia mais envolvido nas atividades de menor exigência motora, desinvestindo, por vezes, nas tarefas que envolvessem jogos com bola, caminhar sobre superfícies instáveis, ultrapassar sequências de obstáculos, distraíndo-se frequentemente e refugiando-se nas conversas. Progressivamente, embora ainda a necessitar de orientação durante a realização das atividades, o A.O. foi revelando uma maior segurança e investimento na realização de atividades motoras.

Terminada a intervenção, observaram-se melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico (caminhar sobre uma linha e uma trave, saltos a pés juntos), bem como ao nível da coordenação bilateral e na dissociação segmentar. Porém, no equilíbrio estático ainda revelou dificuldades em controlar o seu corpo, assim como, no planeamento de determinadas ações motoras como o lançar e pontapear uma bola para um alvo. Posteriormente, acordou-se com a família que no início do ano letivo, viria a integrar um grupo terapêutico, no sentido de lhe dar apoio ao nível da socialização com os pares.

M.O.

O M.O. nasceu a dia 9 de janeiro de 2004, de parto eutócico, de uma gravidez vigiada e sem intercorrências. Apresenta um diagnóstico de Hiperatividade e Défice de Atenção, em comorbilidade com Dislexia e Disortografia. Frequenta o 4º ano de escolaridade e, ao longo do seu percurso escolar, tem tido dificuldades significativas ao nível da leitura e escrita, mas desde que iniciou intervenção psicoeducacional especializada, tem vindo a fazer progressos.

Foi encaminhado da consulta de Desenvolvimento para ser avaliado em Psicomotricidade. Na observação inicial, o M.O. apresentou-se uma criança bem-disposta e simpática, colaborando na realização das atividades propostas, revelando um bom desempenho na maioria das áreas do desenvolvimento motor e um nível adequado de compreensão das tarefas. As dificuldades apresentadas situaram-se em algumas tarefas do equilíbrio, bem como em algumas áreas da estruturação espaço-temporal. Em tarefas de organização do corpo no espaço, a sua prestação pode ter sido influenciada, pela dificuldade em manter a atenção, distraíndo-se mais facilmente com os estímulos presentes. Deste modo, iniciou-se intervenção no mês de abril, sendo realizadas no total 10 sessões.

Na intervenção, assentou-se principalmente na regulação do seu comportamento e na estimulação da capacidade de atenção a diferentes estímulos. O M.O. apresentou sempre um comportamento adequado ao longo das sessões, respeitando as regras dos jogos. Do ponto de vista motor, foram desenvolvidas ações motoras mais complexas que requeressem um maior planeamento motor, jogos de orientação no espaço através de pistas escritas ou sonoras, jogos de regras, etc. Para além disso, também foram realizados jogos com palavras e letras (e.g. jogo do stop, da força, sopa de letras), nos quais foram observadas maiores dificuldades ao nível da discriminação visual e nas questões da ortografia. Quando ficava muito motivado e envolvido nas tarefas, revelava uma maior agitação motora, e consequentemente, maior dificuldade em parar e se organizar para realizar as tarefas. O registo das atividades realizadas e o planeamento prévio das atividades foi benéfico para o M.O. ao nível da sua organização interna, com o

outro e com os objetos. No início de julho foi dado um período de férias à criança, a qual poderá ser integrada num grupo terapêutico, no próximo ano letivo.

M.R.

O M.R. nasceu a 22 de junho de 2006, de uma gravidez vigiada e sem intercorrências. É o primeiro e único filho de pais não consanguíneos. Apresenta um diagnóstico de Neurofibromatose de tipo I, com a presença de dificuldades escolares. Ao nível das atividades extracurriculares, o M.R. pratica andebol, no qual tem muitas dificuldades em controlar a bola, mas é uma atividade que a criança gosta e investe.

Foi encaminhado da consulta de Neuropediatria para avaliação em Psicomotricidade, por apresentar dificuldades na motricidade fina e coordenação motora. Foi observado, inicialmente, em fevereiro de 2014, onde se apresentou inibido e pouco comunicativo. Contudo, progressivamente foi ficando mais à vontade e conversador, realizando todas as atividades propostas. Verificaram-se dificuldades em manter a atenção durante períodos de tempo prolongados, o que foi de encontro ao que tinha sido observado na avaliação neuropsicológica. Do ponto vista motor, revelou inseguranças e muitas dificuldades ao nível do equilíbrio, na coordenação dos membros superiores e inferiores e na precisão motora fina.

Iniciou intervenção psicomotora no mês de março, realizando-se no total 14 sessões. As atividades desenvolvidas incidiram nas suas dificuldades instrumentais, bem como ao nível da atenção e da organização do pensamento. Ao longo da intervenção mostrou-se uma criança bem-disposta, sempre com iniciativa para realizar as atividades, aderindo positivamente ao que lhe era proposto. Porém, nos jogos de mesa, o M.R. revelava uma menor motivação e menor capacidade para manter a atenção. Ao nível da organização do pensamento, inicialmente apresentava muita dificuldade em planear ou relatar uma atividade, recusando-se, por vezes, a registar os jogos realizados no caderno, ou quando aceitava, necessitava de orientação e reforço. Posteriormente, esta tarefa foi-se tornando mais fácil.

Após a intervenção, observaram-se melhorias ao nível da motricidade fina, principalmente na precisão motora fina e na destreza manual. Na motricidade global, também melhorou na coordenação dos membros superiores, bem como nas tarefas de dissociação segmentar. Para além disto, revelou uma maior segurança e controlo do corpo nas tarefas de equilíbrio dinâmico, porém, ao nível do equilíbrio estático, ainda revelou dificuldades. Terminado o período de intervenção, o M.R. recebeu alta da consulta.

R.B.

O R.B. nasceu a 21 de julho de 2007, de parte eutócico, tendo sido uma gravidez vigiada e sem intercorrências. Apresenta um diagnóstico de Síndrome de Asperger e revela dificuldades de interação com os pares, imaturidade a brincar, interesses restritos, bem como dificuldades ao nível da comunicação verbal e não-verbal, principalmente, na compreensão da linguagem. Frequenta o 1º ano e na escola tem apoio da professora de Educação Especial (2 vezes por semana) e de Psicomotricidade (1 vez por semana). Para além disto tem ainda Terapia da Fala, no privado, uma vez por semana.

O R.B. foi encaminhado das consultas de Desenvolvimento e de Psicologia, por apresentar particularidades ao nível da relação e comunicação. Na observação inicial, o R.B. apresentou um contacto inibido, comunicando muito pouco. Revelava um comportamento imaturo, explorando o espaço e os objetos de forma muito individual,

resistindo à interação com o outro e em partilhar uma atividade, bem como dificuldades em cumprir regras iniciais. Do ponto de vista motor, apresentava dificuldades globais, na coordenação dos membros superiores e inferiores, bem como ao nível dos movimentos finos. Apresentava uma pinça e um desenho ainda imaturos, com interesses muito restritos.

Em março de 2014 iniciou-se intervenção psicomotora no CDC, no sentido de estimular globalmente o seu desenvolvimento, principalmente, nas áreas da relação e comunicação. Foram assim realizadas no total 15 sessões. Nos primeiros momentos de intervenção, o R.B. apresentava resistência em realizar as atividades organizadas pelo outro, refugiando-se apenas nos seus interesses. Em tarefas que necessitavam de um maior nível de atenção e menor envolvimento motor, mostrava pouca motivação e interesse, dispersando facilmente a atenção, necessitando de orientação externa e reforço para realizar as atividades. Ao longo do processo de intervenção, foram-se verificando algumas evoluções ao nível da relação, mostrando-se mais desinibido e interativo. Para além disso, observou-se um maior investimento nas atividades de menor envolvimento motor, tais como puzzles e trabalhos manuais (desenho, recorte e colagem), apresentando uma maior iniciativa para iniciar uma conversa espontaneamente.

Após a intervenção com a estagiária, considerou-se benéfico a continuação do apoio em Psicomotricidade, pelo que em julho passou a ser acompanhado pela técnica responsável, colocando-se a possibilidade de vir a ser integrado num grupo terapêutico, no próximo ano letivo.

R.E.

O R.E. nasceu a 25 de Setembro de 2005, apresentando um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, sem presença de défice cognitivo. Revela dificuldades ao nível da socialização e na gestão do comportamento. Frequenta o 3º ano e na escola tem o apoio da Professora de Educação Especial e da Psicóloga. Tem tido um bom desempenho escolar. Foi reencaminhado da consulta de Desenvolvimento por apresentar particularidades na comunicação, bem como dificuldades ao nível da motricidade fina e global. Da observação inicial, verificaram-se maiores dificuldades na coordenação alternada e sequencial dos membros superiores e inferiores, bem como no equilíbrio. Ao nível relacional apresentou um comportamento imaturo, o que condicionou também o seu desempenho motor. Perante atividades de maior exigência motora ou que não eram do seu agrado, refugiava-se através da conversa, tentando controlar o espaço da sessão.

Iniciou-se intervenção psicomotora em março de 2014, no sentido de contribuir para a melhoria das suas competências motoras, bem como ao nível da organização do comportamento. No total foram realizadas 12 sessões de intervenção. Durante este período foram utilizadas diferentes estratégias e metodologias de intervenção, desde jogos de regras - jogos de tabuleiro (e.g. batalha naval, bingo) e jogos desportivos (e.g. basquetebol, hóquei, etc.) - a jogos de organização no espaço e circuitos motores. Optou-se pela realização de um caderno no qual era realizado o registo semanal das atividades (escrito e/ou através do desenho), de modo a facilitar a organização da criança, promovendo a realização das atividades com um maior planeamento.

Nos primeiros momentos de intervenção, o R.E. adotava uma postura opositora, recusando-se a realizar as tarefas propostas. Mesmo quando lhe era dada a liberdade para poder escolher uma atividade, dizia que não queria fazer nada. Necessitava de constante orientação e reforço para realizar as tarefas. Posteriormente, foi-se envolvendo

mais nas dinâmicas com o adulto, mas ficava apenas interessado nos jogos de tabuleiro, embora tivesse dificuldades em respeitar as regras (saber esperar pela sua vez), apresentando baixa resistência à frustração, não aceitando quando perdia. Em atividades que envolvessem maior envolvimento motor, desinvestia nas tarefas, realizando os jogos, por vezes, de forma impulsiva e desorganizada. Nos últimos momentos, o R.E. já se mostrava mais participativo, revelando um comportamento mais adequado nas sessões. Apresentou uma maior capacidade para seguir as regras e investir mais nas tarefas motoras, realizando jogos com bola, saltos a pés juntos e a pé coxinho, e ultrapassar pistas de obstáculos. Após o período de intervenção, considerou-se em conjunto com a família, a possibilidade de integrar um grupo terapêutico, no próximo ano letivo.

R.R.

O R.R. nasceu a 12 de janeiro 2010, de parto eutócico no Hospital Cuf Descobertas, tendo sido a gravidez vigiada e sem intercorrências. Começou a gatinhar aos 6 meses, adquirindo marcha autónoma aos 13 meses. As primeiras palavras surgiram aos 12 meses e a construção de frases aos 24 meses. Frequenta o jardim-de-infância desde os 2 anos e meio. É um menino com uma Perturbação do Espectro do Autismo, mas com bom funcionamento cognitivo. Na escola, revela dificuldades em interagir com as outras crianças, brincando apenas no seu mundo, apresentando interesses restritos.

Foi observado em Psicomotricidade, no âmbito da consulta de Desenvolvimento por apresentar dificuldades na coordenação motora, motricidade fina e global. Na observação inicial, o R.R. revelou ser uma criança simpática e comunicativa, que estabelece boa relação com os adultos. Revelou muita insegurança na realização das tarefas de cariz motor, apresentando dificuldades na generalidade das áreas do desenvolvimento.

Em maio iniciou-se intervenção com a estagiária, realizando-se 8 sessões, tendo, posteriormente, continuado com a técnica responsável. Partiu-se de atividades de exploração do espaço e do corpo, que visaram a criação de um ambiente seguro e a promoção da participação espontânea da criança, para, progressivamente, envolver o R.R. em atividades mais estruturadas, indo também de encontro aos seus gostos e interesses.

Inicialmente, o R.R., revelou-se muito receoso em explorar o espaço e os materiais. Realizava as atividades com muita insegurança, necessitando de recorrer ao apoio constante do adulto. Progressivamente, foi-se envolvendo mais nas tarefas propostas, explorando mais espontaneamente o espaço. Ao longo da intervenção com a estagiária, o R.R. realizou pinturas, trabalhos com plasticina, realizou sequências de atividades motoras (e.g. saltar a pés juntos, atravessar o túnel, descer o escorrega), andou sobre superfícies instáveis (e.g. baloiço), embora, por vezes, ainda recorresse ao apoio da estagiária. Apesar disto, apresentou-se uma criança interativa, que integrava o outro nas brincadeiras, estabelecendo contacto verbal e ocular.

4.2.2. Intervenção em grupo

À semelhança das sessões individuais, as de grupo também ocorreram com uma frequência semanal, às quintas-feiras, para poder contar também com a presença da estagiária de 1º ciclo. Durante o período de estágio, decorreram dois grupos de intervenção, um com crianças em idade pré-escolar e outro com crianças em idade escolar. Dado o grupo pré-escolar ser um dos estudos de caso, e o qual será mais à frente caracterizado de forma aprofundada, nesta secção será apenas descrito, sumariamente, o grupo escolar. Este foi constituído por duas crianças do género

masculino, com 11 e 9 anos respetivamente, que revelavam dificuldades globais tanto ao nível motor como cognitivo, destacando-se as dificuldades no relacionamento com os pares.

Tabela 5 - Caracterização do Grupo Escolar

Criança	Informação Clínica
P.C. 16-04-2003	O P.C. tem um diagnóstico de défice cognitivo, com características de Hiperatividade e Défice de Atenção e uma perturbação do sono associada. Apresenta alguns comportamentos obsessivos, que vão variando, consoante os seus interesses. Frequenta o 3º ano, sendo acompanhado por uma professora de Educação Especial. É um menino que se esforça, mas apresenta ainda muitas dificuldades. É descrito como uma criança que apresenta dificuldades na realização, no raciocínio prático, de linguagem, na coordenação motora, bem como na concentração e atenção. Foi encaminhado para a consulta de Psicomotricidade para reavaliação, dado já ter iniciado, anteriormente, apoio individual no CDC. Na reavaliação revelou dificuldades psicomotoras na globalidade das áreas do desenvolvimento, principalmente, na coordenação dos membros superiores e inferiores, na precisão motora fina e na organização do corpo e dos objetos no espaço. Mostrou um contacto inibido e pouco comunicativo, com dificuldades em explorar livremente o espaço e em manter a atenção durante períodos de tempo prolongados.
P.M. 08-05-2005	O P.M. apresenta um diagnóstico de défice cognitivo, com a presença de particularidades na relação e socialização e rituais específicos, suspeitando-se de uma PEA ligeira. Frequenta o 3º ano, sendo acompanhado, uma vez por semana, por uma professora de Educação Especial. Segundo a professora da turma, o P.M., tem melhorado nas questões dos problemas de socialização e dos comportamentos atípicos. Foi observado pela primeira vez na consulta de Psicomotricidade, em 2012, iniciando intervenção em grupo. Em fevereiro de 2014 foi reavaliado, revelando dificuldades ao nível da compreensão de algumas tarefas, bem como em algumas áreas do equilíbrio, nomeadamente o equilíbrio estático, na organização do corpo e dos objetos no espaço, na coordenação dos membros superiores e inferiores, bem como no controlo dos movimentos finos. Apesar disto, apresentou-se uma criança simpática e bem-disposta, colaborando nas atividades propostas.

Após ambas as crianças serem observadas individualmente, iniciou-se a intervenção em grupo, a qual decorreu entre os meses de março e junho, sendo realizadas no total 11 sessões. A intervenção teve como principal enfoque proporcionar um conjunto de experiências que fossem de encontro aos interesses das crianças e que lhes permitissem aumentar o seu nível de confiança e segurança no relacionamento com os outros, através do respeito pelo outro e a partilha de aprendizagens, bem como atividades que permitissem a melhoria das suas competências motoras e a estimulação das competências cognitivas. Para tal, foram utilizadas diversas metodologias de intervenção desde técnicas lúdico-expressivas (e.g. expressão corporal, mímicas, jogos em espelho), jogos de regras, jogos de cooperação, atividades de representação corporal, recorrendo à utilização de diferentes estímulos visuais e auditivos.

Nos primeiros momentos de intervenção, o P.C. revelava uma postura mais receosa e inibida, enquanto o P.M. apresentava-se mais à vontade com a presença de outra criança, mostrando-se mais comunicativo e participativo. Todavia, face à inibição do colega, por vezes, o P.M. tinha tendência para realizar as tarefas sozinho, manifestando alguma dificuldade em envolver o P.C. Na realização das tarefas, o P.M. mostrava-se sempre muito motivado e com iniciativa, enquanto o P.C. ficava mais ansioso, realizando apenas as tarefas, após o colega ter iniciado, observando-o ativamente. Revelavam ambos algumas dificuldades ao nível do planeamento e execução motora e na compreensão das tarefas.

Ao longo dos meses de intervenção, foi possível observar evoluções em ambas as crianças. O P.C. foi evoluindo na relação com o colega, conseguindo aos poucos estar mais comunicativo e com uma maior iniciativa, envolvendo-se mais nos jogos. Aos poucos, os dois foram sendo capazes de colaborar durante a realização de uma tarefa, para alcançar um determinado objetivo, revelando também uma maior confiança e controlo na realização de atividades de maior exigência motora. Ao nível da compreensão das tarefas foram tendo mais sucesso, ajudando-se, por vezes, um ao outro.

No final do processo de intervenção, considerou-se importante a continuidade do apoio em Psicomotricidade, até ao final de julho, integrando-se, posteriormente, mais duas crianças.

5. Atividades Complementares

Para além de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio profissionalizante, foi possível participar noutras atividades de formação profissional, que serão descritas de seguida.

5.1. Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento: do diagnóstico à intervenção

Nos dias 23, 24 e 25 de outubro de 2013, decorreu o curso de Neuropediatria e Desenvolvimento, levado a cabo pela equipa técnica do Centro de Desenvolvimento da Criança. Este curso decorre anualmente e é dirigido aos internos de pediatria, neurologia, pedopsiquiatria e de medicina geral e familiar, tendo como finalidade abordar as questões relativas ao diagnóstico e intervenção nas Perturbações do Desenvolvimento. Neste sentido, foram apresentadas tanto a perspetiva médica e de intervenção farmacológica, bem como a intervenção terapêutica nos casos de Atraso Global de Desenvolvimento, Perturbações do Espectro do Autismo, Perturbações da Linguagem, Epilepsia, Paralisia Cerebral e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Para além disto, também foi possível contactar com as tecnologias de reabilitação, nomeadamente com os meios aumentativos e alternativos de comunicação utilizados por uma das Terapeutas da Fala e ainda, com materiais utilizados pela equipa de Psicologia do CDC na avaliação psicológica - Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra, Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths e Escala de Inteligência de Wechsler.

5.2. II Encontro de Intervenção Precoce de Lisboa e Vale do Tejo

No dia 4 de dezembro de 2013, teve lugar no Fórum Cultural de Alcochete, o II Encontro de Intervenção Precoce de Lisboa e Vale do Tejo, com o tema “Intervenção Precoce na Infância - para quem? Os critérios de elegibilidade na Intervenção Precoce”. Este evento foi organizado pela Subcomissão de LVT do SNIPI, pelo Núcleo de Supervisão Técnica de Setúbal, contando com o apoio das equipas de intervenção precoce do Barreiro, da Moita e de Montijo/Alcochete.

Este encontro teve como principais objetivos abordar as questões relativas ao contributo da saúde na referênciação, o impacto do diagnóstico na família, o papel da comunidade na referênciação, os modelos de intervenção transdisciplinares e o impacto do SNIPI na sociedade atual. Assim, foi proposto à Professora Teresa Brandão que apresentasse uma comunicação referente aos modelos transdisciplinares, pelo que a estagiária colaborou nesta atividade, sendo realizada em conjunto a comunicação “A Intervenção Precoce em foco: 1. Critérios de elegibilidade à luz da ciência; 2. Modelos de intervenção transdisciplinares”.

5.3. II Encontro da Unidade de Psicologia do Hospital Garcia de Orta

No dia 17 de janeiro de 2014, realizou-se no Centro Garcia de Orta o II Encontro da Unidade de Psicologia do HGO com o tema “A Saúde Mental dentro e fora de portas do HGO”. Este encontro contou com diferentes apresentações tanto dos psicólogos do serviço de Pediatria que desenvolvem um trabalho mais envolvente com as famílias de crianças com doença crónica, bem como dos psicólogos do serviço de Psiquiatria, cujo trabalho é mais direcionado para uma intervenção realizada na comunidade.

5.4. Curso “Intervenções Familiares na Doença Crónica”

De 7 a 31 de março de 2014, foi possível participar no Curso “Intervenções Familiares na Doença Crónica”, desenvolvido pelo Centro Garcia de Orta, e levado a cabo pela formadora Ana Margarida Cardoso. O curso foi composto por 11 sessões, sendo realizadas no total, 20 horas de formação.

Neste âmbito foram abordados 7 módulos, que envolveram as questões da sobrecarga familiar e das estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores, bem como instrumentos de avaliação das famílias e as principais intervenções familiares (grupos de apoio, psicoeducação, terapia familiar comportamental e grupos de apoio ao luto).

Capítulo III – Estudos de Caso

No presente capítulo serão apresentados dois estudos de caso, um de intervenção individual e outro de intervenção em grupo. Serão descritos os casos, as suas avaliações iniciais e finais, bem como caracterizados os processos de intervenção e as principais conclusões dos mesmos.

1. Estudo de Caso I – A.G.

1.1. Caracterização do Caso

A A.G. nasceu a 22 de dezembro de 2008, no Hospital Garcia de Orta, com 38 semanas, de parto eutócico. Apresentava 3135 gramas e um índice de Apgar de 9/10. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências.

Ao nível do desenvolvimento psicomotor, a A.G. sentou-se aos 6 meses, gatinhou por volta dos 10 meses, adquirindo a marcha autónoma aos 17 meses. O controlo dos esfíncteres ocorreu aos 2 anos e 9 meses, as primeiras palavras surgiram aos 12 meses, sendo que começou a construir as primeiras frases aos 2 anos.

A criança é o segundo filho do casal, tendo uma irmã de 10 anos, saudável, com a qual a A.G., segundo os pais, tem uma relação difícil. É descrita pela mãe, como uma criança que sempre foi difícil, tendo tido muitos problemas de alimentação, chegando a perder peso. A normalização da alimentação ocorreu apenas aos 18 meses. Para além disto, é caracterizada como uma criança com muitos medos, tanto de ruídos, como do escuro, ambientes com muitas pessoas e medo de animais. Quando fica ansiosa esfrega as mãos, sendo este um aspeto que preocupa o pai.

Relativamente à integração sócio escolar, esteve em casa com a mãe até aos 5 meses e, posteriormente, em casa, com a avó materna. Aos 9 meses, começou a frequentar o jardim-de-infância, no qual frequenta uma sala heterogénea, tendo uma boa relação com as outras crianças.

Segundo a educadora, no contexto escolar, a criança revela instabilidade e pouca coerência na demonstração das aprendizagens, dificuldade em reconhecer e aplicar normas de convivência social ou de segurança, bem como de higiene. Frequentemente, o seu discurso é descontextualizado e apresenta dificuldades em se expressar com clareza. Do ponto de vista motor, apresenta dificuldades na execução de movimentos de agilidade. Os pais referem ainda, que na escola, tem dificuldade em compreender tarefas e conceitos complexos, bem como em concentrar-se numa tarefa. Atualmente, está a receber apoio da Equipa Local de Intervenção Precoce do Seixal, na escola e em casa, bem como Terapia da Fala, no privado.

Foi referenciada para a consulta de Desenvolvimento no CDC, em agosto de 2013, por atraso do desenvolvimento nas áreas da motricidade global, motricidade fina e ao nível do comportamento, sendo diagnosticada com atraso do desenvolvimento psicomotor, de evolução e etiologia a esclarecer. É encaminhada para avaliação em Psicomotricidade, tendo sido também avaliada pela Psicologia, com a Escala de Desenvolvimento Mental Griffiths, da qual resultou um atraso de desenvolvimento na maioria das áreas, apresentando um perfil *borderline*.

1.2. Avaliação Inicial

A A.G. realizou uma avaliação inicial, com 5 anos e 1 mês, em janeiro de 2014. A avaliação formal das competências motoras teve por base o Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky. Complementarmente foram aplicados alguns itens da Bateria Psicomotora, os quais foram observados num contexto informal. Para a avaliação dos aspetos relacionados com a relação e comunicação, elaborou-se uma grelha de observação qualitativa do comportamento, que foi preenchida ao longo das sessões iniciais, e a qual será posteriormente apresentada, na confrontação com os resultados da avaliação final. Assim, nesta secção apenas será apresentada uma descrição qualitativa dos resultados.

Do ponto de vista da **relação**, a A.G. apresentou-se uma criança simpática e comunicativa, mas com um comportamento instável, revelando grande resistência em realizar as tarefas propostas, tentando controlar as atividades. Apresentou muita dificuldade em manter a atenção, mesmo em curtos períodos de tempo, dispersando facilmente com os estímulos exteriores. Para além disto, durante a instrução e demonstração das tarefas, apresentou dificuldades em esperar pelo fim das mesmas, revelando impulsividade na realização das atividades. Deste modo, a dificuldade em permanecer nas tarefas, não permitiu a aplicação da maioria das provas formais.

No **controlo do corpo**, observou-se o equilíbrio dinâmico. A este nível, a A.G. foi capaz de saltar em apoio unipodal e a pés juntos, embora com algum desinvestimento, não mantendo as mãos na cintura e não seguindo uma trajetória.

Ao nível do controlo da **motricidade fina**, por vezes, pareceu não compreender o que lhe era pedido. Na precisão motora fina, realizou com maior facilidade as tarefas mais simples (preenchimento de formas – círculo e estrela), mas com o complexificar das tarefas e a exigência ao nível da manutenção da atenção, não obteve sucesso em tarefas como desenhar linhas em labirintos, dobrar e recortar papel. Na integração motora fina, nas quais é solicitada a cópia de oito figuras geométricas, a forma básica das figuras foi mantida apenas em três (círculo, círculos sobrepostos e losango). Na cópia do quadrado fez um círculo, mas acredita-se que a A.G. consiga realizar o mesmo, não o tendo apenas realizado, por não estar atenta às instruções. Na destreza manual realizou a maioria das tarefas com lentidão motora, revelando maiores dificuldades em atividades que requeriam a utilização das duas mãos. Ao nível do desenho, apresentou um traço imaturo, com um conteúdo pobre e desinvestido. Deste modo, a A.G. apresentou dificuldades no controlo e precisão manual fina, que, em parte, poderão estar relacionadas com o seu nível de atenção e disposição para a tarefa.

Relativamente à **motricidade global**, apresentou muitas dificuldades ao nível da coordenação dos membros superiores e inferiores e, em tarefas que requerem a manipulação de uma bola (lançamentos para um cesto e uma baliza, driblar).

Em suma, verificou-se que a A.G. apresentava dificuldades motoras globais, bem como muita dificuldade em estar atenta, e consequentemente, em levar uma tarefa até a fim. Tendo por base as informações recolhidas da observação psicomotora, concluiu-se que a A.G. iria beneficiar de intervenção individual e semanal, no sentido de a ajudar a organizar-se no espaço, estimulando globalmente todas as áreas do desenvolvimento, sobretudo as áreas da atenção e compreensão. Posto isto, elaborou-se um plano de intervenção, tendo em conta as dificuldades observadas, bem como as preocupações salientadas pela família e pelo médico responsável.

1.3. Plano de Intervenção Pedagógico-terapêutico

Duração: 3 meses

Periodicidade: 1 vez por semana, 45 minutos por sessão.

Divisão das sessões: (1) Avaliação inicial – 31/01/2014; 07/02/2014; 14/02/2014; (2) Intervenção Psicomotora – de 7 de março a 20 de junho ; (3) Avaliação final – 27/06/2014; 4/07/2014

Domínios do Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Motricidade	Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar as competências grafomotoras	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de escrever o seu primeiro nome de forma correta e autónoma. - Ser capaz de copiar formas geométricas simples (círculo, quadrado, triângulo). - Ser capaz de colorir uma figura dentro dos limites.
		Melhorar a precisão dos movimentos finos	<ul style="list-style-type: none"> - Recortar uma figura e posteriormente colar. - Realizar percursos gráficos. - Construir formas com plasticina. - Ser capaz de construir puzzles com pelo menos 10 peças.
	Desenvolver a Motricidade Global	Melhorar a coordenação óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de apanhar uma bola com ambas as mãos, quando lançada para si, a uma distância de 2 m. - Lançar a bola com a mão em direção a um alvo, a uma distância de 1,5 m.
		Melhorar a coordenação óculo-podal	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de pontapear a bola em direção a um alvo, a uma distância de 1,5 m.
	Desenvolver o Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de ultrapassar uma sequência de obstáculos, sem ajuda do adulto. - Ser capaz de saltar a pés juntos e em apoio unipodal, num espaço delimitado pelo adulto. - Caminhar sobre uma linha, sendo capaz de seguir a trajetória.

			- Ser capaz de manter o controlo postural em superfícies instáveis (e.g. formas acolchoadas, baloiço).
	Desenvolver a Estruturação Espaço-Temporal	Melhorar a orientação do corpo no espaço	- Ser capaz de realizar uma sequência de tarefas motoras, num espaço definido pelo adulto.
Cognição	Desenvolver as competências cognitivas	Desenvolver a capacidade de atenção	- Aumentar o tempo de atenção e concentração na realização de uma tarefa. - Ser capaz de permanecer numa tarefa até ao fim. - Diminuir a tendência para a distração face a outros estímulos.
		Desenvolver capacidades de associação/emparelhamento	- Ser capaz de associar objetos com características semelhantes (cor, forma, etc.). - Ser capaz de associar a função ao objeto.
Linguagem	Desenvolver competências ao nível da comunicação	Aumentar as competências de linguagem recetiva	- Ser capaz de compreender instruções simples. - Ser capaz de compreender as regras da sala (e.g. entrar e retirar os sapatos).
		Aumentar as competências de linguagem expressiva	- Ser capaz de relatar acontecimentos simples do dia-a-dia. - Ser capaz de expressar de forma verbal e/ou através do desenho, as atividades realizadas. - Ser capaz de realizar pedidos de forma adequada. - Ser capaz de responder de forma coerente num discurso com o adulto.
Socialização	Desenvolver competências sociais	Aumentar as capacidades de interação social	- Ser capaz de cumprir as regras das atividades. - Ser capaz de aguardar a sua vez no jogo. - Diminuir comportamentos desadequados e/ou de oposição-desafio.

1.4. Intervenção Psicomotora – implementação do plano pedagógico-terapêutico

A A.G. iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade, com a estagiária, no dia 31 de janeiro de 2014, com a avaliação inicial, e terminou no dia 20 de junho de 2014, (seguindo-se 2 sessões de avaliação). Durante este período, estavam previstas 14 sessões de intervenção das quais apenas se realizaram 12, por motivos de falta da criança.

Ao longo do processo de intervenção, procurou-se envolver a escola e a família, realizando-se uma articulação periódica com os mesmos, uma vez que a criança apresentava, nos contextos familiar e escolar, grandes dificuldades ao nível da gestão do comportamento e manutenção da atenção, bem como ao nível da organização do pensamento, que preocupavam tanto os pais como a educadora.

Deste modo, no dia 15 de abril, decorreu no CDC, uma reunião multidisciplinar entre a equipa do CDC que acompanha o caso (Pediatra do Desenvolvimento, Psicomotricista, Psicóloga e respetivas estagiárias), a Educadora e a Psicóloga do jardim-de-infância, e o pai da criança. A reunião teve como finalidade a partilha de informação, discutindo as dificuldades atuais e as evoluções já alcançadas, bem como, analisar a questão do adiantamento da entrada no 1º ciclo. Por sua vez, no dia 20 de maio, a estagiária acompanhou a Dra. Joana e a Psicóloga do CDC, numa visita até ao jardim-de-infância da A.G., no sentido de conversar com a educadora, acerca das estratégias utilizadas, bem como observar a criança em contexto de sala de aula. Para além disso, na última sessão, o pai foi convidado a acompanhar e participar na sessão, o que permitiu passar algumas estratégias que poderiam ser aplicadas em casa, bem como proporcionar um momento de partilha entre ambos.

Da observação realizada durante as sessões, a A.G. mostrou ser uma criança afetiva, mas com um comportamento instável, que oscilava entre momentos de atenção e cooperação e momentos de dispersão fácil. Nos primeiros momentos de intervenção, a criança explorava o espaço de forma desorganizada, revelando muitas dificuldades em completar as tarefas em que se envolvia. Quando entrava na sala pedia sempre uma folha para fazer um desenho e raramente aceitava as propostas de atividades da estagiária, adotando um comportamento desadequado, sempre que era contrariada e não lhe era permitido fazer aquilo que queria. Distraía-se com o mínimo ruído, ficando muito receosa com alguém que passasse no corredor.

Inicialmente, a A.G. parecia apenas ficar envolvida em tarefas que envolvessem o desenhar, mas contudo, os desenhos eram pobres e desinvestidos, sem organização espacial realizando, por vezes, apenas umas garatujas. Ao nível da escrita do nome, também tinha muitas dificuldades, realizando apenas a letra “a”, de forma autónoma. Em atividades de maior envolvimento motor, a A.G. dispersava a sua atenção com facilidade, não sendo capaz de seguir uma sequência de atividades motoras até ao fim (e.g. circuitos de obstáculos), bem como apresentava resistência em cumprir as regras dos jogos. Para além disso, revelava inicialmente algum receio quando lhe surgiam situações novas e que requeriam uma maior capacidade de controlar o seu corpo (e.g. andar no baloiço, saltar no trampolim), observando-se tentativas de fuga das tarefas.

Assim, em primeiro lugar, pretendeu-se ajudar a A.G. a organizar-se, no sentido de facilitar o seu envolvimento nas dinâmicas com o adulto. Procurou-se, sempre que possível, respeitar as particularidades da criança; mesmo quando revelava um comportamento desadequado, era-lhe dado um momento para se autorregular e de seguida, ser capaz de retomar as atividades, no sentido de criar um espaço contentor,

em que a criança se sentisse segura e confiante. Foi-lhe dada também oportunidade para escolher, nalgumas sessões, os jogos que gostava de realizar (embora revelasse dificuldades em escolher entre os vários estímulos, querendo realizar muitas atividades ao mesmo tempo), sendo posteriormente as decisões acordadas, entre a criança e a estagiária.

Posteriormente, valorizou-se uma maior estruturação das sessões, preparando previamente o espaço, procurando também ir ao encontro dos gostos e interesses da criança, de forma a aumentar o tempo de atenção e envolvimento nas tarefas, como também, estimular globalmente todas as áreas do desenvolvimento.

A antecipação de tarefas e a criação de rotinas, i.e., a utilização da mesma estrutura nas sessões (ritual de entrada, atividades principais e ritual de saída), e o planeamento, em conjunto com a criança, das atividades que poderiam ser realizadas na próxima semana, tornou-se bastante benéfico, uma vez que a tendência para a dispersão era menor, facilitando a organização interna da criança. A utilização de reforços positivos e de estímulos visuais, físicos e auditivos, também facilitou um maior envolvimento nas tarefas, promovendo a atenção conjunta e a participação espontânea da criança.

Progressivamente, foram diminuindo os comportamentos desadequados e de oposição, bem como a tendência para querer controlar o espaço da sessão, deixando de pedir a folha para o desenho ou de querer levar os jogos e/ou os desenhos realizados para casa, no final da sessão.

Deste modo, as atividades desenvolvidas com a A.G. recaíram principalmente sobre as áreas de desenvolvimento que foram apresentadas como objetivos pedagógico-terapêuticos, tendo como base uma tipologia de intervenção semi-diretiva e, uma abordagem tanto de natureza instrumental como relacional.

O gráfico da figura 7 ilustra os domínios de desenvolvimento predominantes nas atividades que foram realizadas com a criança, sendo que no anexo XIII é possível consultar as atividades de cada sessão, de forma mais aprofundada.

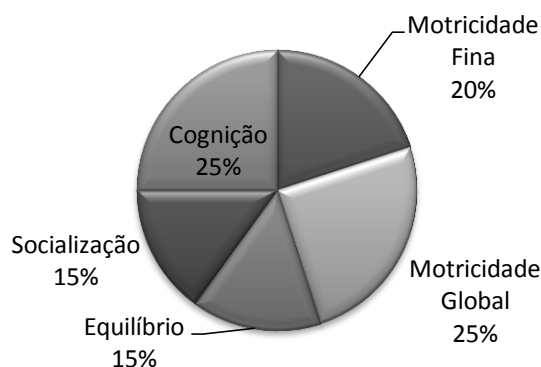


Figura 7 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões da A.G.

O domínio da linguagem (recetiva e expressiva) foi transversal ao longo de todo o processo de intervenção, procurando-se, progressivamente, aumentar o tempo em diálogo, promovendo a organização e a coerência do seu discurso e das suas ideias.

Verificou-se uma maior motivação, em atividades de mesa, tais como jogos de tabuleiro (puzzles, jogos de associação e emparelhamento), construção de colares e pulseiras, pinturas com tintas e canetas, bem como atividades com plasticina. A A.G. revelou

também muito interesse por atividades que envolvessem música. Nas atividades de maior envolvimento motor, como circuitos motores e jogos com bola, verificou-se uma maior dispersão da sua atenção. Apesar disso, com orientação e reforço adequado, foi capaz de levar as tarefas até ao fim, com mais facilidade. Para além disso, progressivamente, foi revelando uma maior segurança nas atividades com obstáculos, aceitando realizar tarefas motoras como o caminhar em cima do banco sueco, saltar no trampolim e andar no balanço. Deste modo, dada a sua maior motivação por atividades de mesa e a maior tendência para dispersar em atividades de cariz motor, optou-se pela inclusão paralela de ambos os tipos de atividades ao longo das sessões.

1.5. Avaliação Final

1.5.1. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

Após o período de intervenção, a A.G. foi reavaliada com 5 anos e 6 meses, através da aplicação do TPMBO-2 e, à semelhança da avaliação inicial, foram também observadas, de um modo informal, algumas tarefas isoladas da BPM, que vieram complementar a avaliação formal.

Ao longo da reavaliação, a A.G. alternou entre momentos de maior organização e colaboração nas atividades propostas e momentos de dispersão fácil e menor disponibilidade. Na reavaliação, foi possível observar, de modo informal, um maior número de componentes, comparativamente com a avaliação inicial. Do ponto de vista formal, a A.G. revelou uma maior capacidade para se manter sentada durante as tarefas de mesa (subtestes 1, 2 e 3), bem como se observou uma menor impulsividade na realização destas atividades. Todavia, não foi possível avaliar formalmente todos os subtestes de motricidade mais global, uma vez que, com o aumento do tempo da sessão e o grau de exigência das atividades, dispersa facilmente a sua atenção, observando-se alguma instabilidade psicomotora.

Neste sentido, pretende-se estabelecer uma comparação entre os dois momentos de avaliação, através de uma análise quantitativa e qualitativa dos resultados do TPMBO-2. Nas figuras que se seguem, encontram-se apresentados, primeiramente, os resultados brutos totais dos subtestes aplicados, sendo possível observar a cotação adquirida e a pontuação máxima que poderia ser obtida em cada um. Por sua vez, na figura 9, a cotação obtida em cada tarefa pode ser analisada.

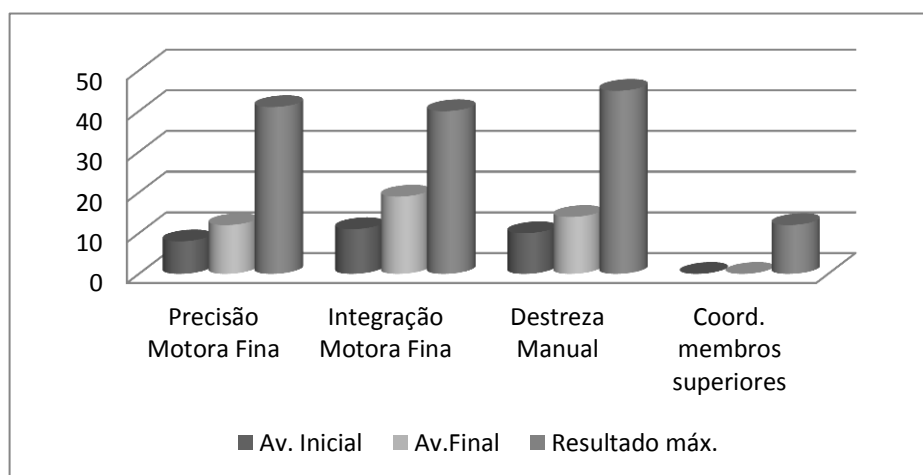


Figura 8 - Cotação TPMBO-2 A.G., resultados brutos totais

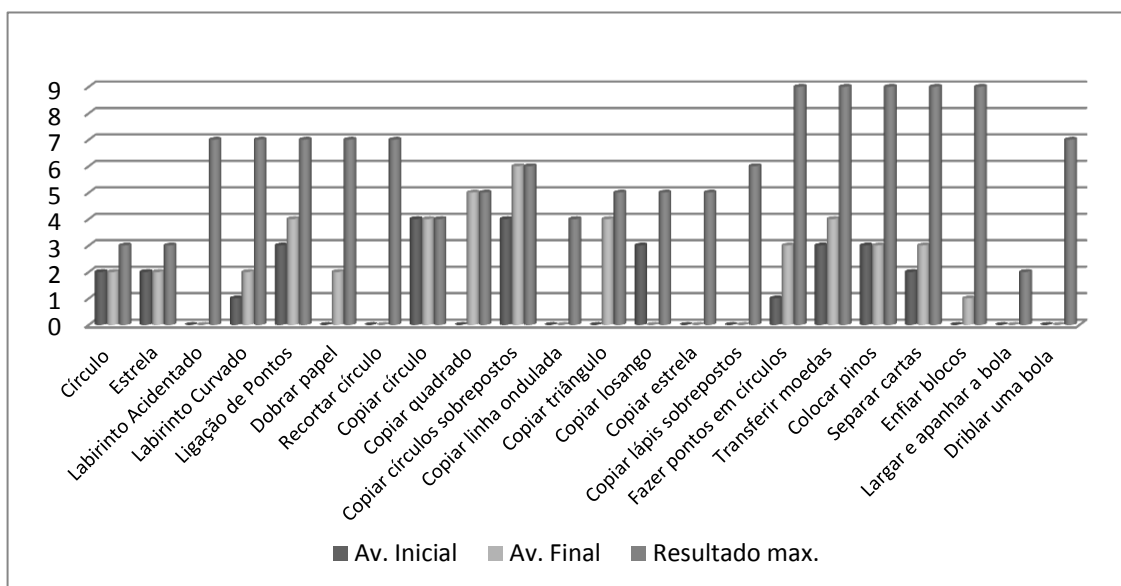


Figura 9 - Cotação TPMBO-2 em cada tarefa

Assim, da avaliação formal, na **motricidade fina**, a A.G. realizou as tarefas de precisão motora fina com uma maior atenção e investimento, mas apesar disto, manifestou ainda muitas dificuldades nas atividades de maior precisão (desenhar linhas nos labirintos, dobrar e recortar papel). Na integração motora fina, realizou de forma correta as figuras mais básicas como o círculo, quadrado, círculos sobrepostos (nas quais obtém a pontuação máxima) e triângulo, não obtendo sucesso com o posterior complexificar das figuras. Na destreza manual, observaram-se melhorias em tarefas específicas como o fazer pontos em círculos, transferir moedas e enfiar blocos, observando-se ainda algumas dificuldades em coordenar os movimentos, quando é solicitada a utilização de ambas das mãos.

De um modo geral, a A.G. revelou algumas melhorias ao nível dos movimentos dos dedos e das mãos, assim como no controlo do traço. Assim, na precisão motora fina obteve uma pontuação total de 7 pontos na avaliação inicial e 12 na avaliação final; na integração motora fina reuniu 11 pontos na avaliação inicial e 19 na final; e, na destreza manual, de 9 evoluiu para 14 pontos.

No **equilíbrio**, observou-se o controlo do corpo em situações de movimento. A este nível, a criança realizou com facilidade as tarefas mais simples como caminhar e saltar a pés juntos numa linha reta, observando-se apenas ligeiras oscilações posturais. Todavia, com o complexificar das atividades, i.e., a redução da base de sustentação (saltos com apoio num pé) e uma maior exigência motora (caminhar sobre superfícies estreitas e elevadas), verificou-se um maior receio e a presença de desequilíbrios, necessitando de recorrer ao apoio do avaliador.

Na **noção do corpo**, a A.G. identificou a maioria das partes do corpo, reconhecendo a direita e esquerda em si, embora com algumas hesitações. No desenho do corpo, apesar de ainda apresentar um desenho imaturo e pobre em pormenores anatómicos, realizou um desenho mais organizado e com um traço mais controlado, como é possível verificar pela figura 10.

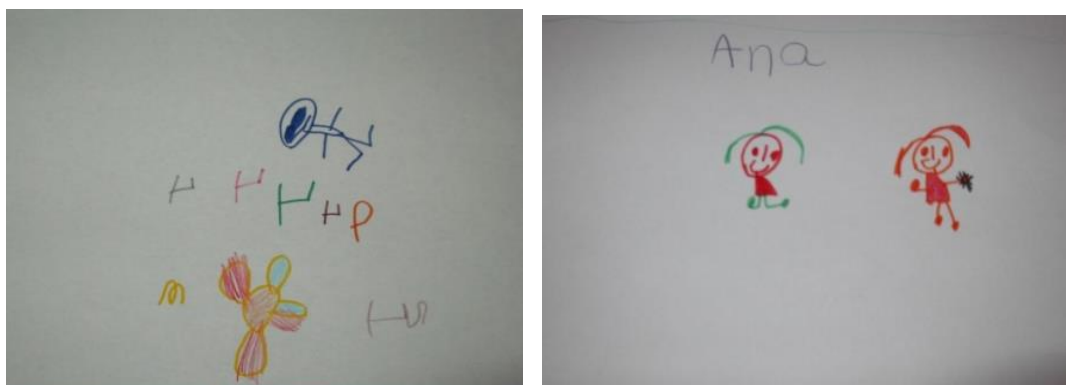


Figura 10 - Desenho do corpo avaliação inicial vs. avaliação final

Na **motricidade global**, mantém ainda as dificuldades na coordenação dos membros superiores (apanhar uma bola e driblar), como é possível observar pelas figuras 8 e 9. Contudo, é necessário ter em conta, que na prova formal, é utilizada uma bola de pequenas dimensões (bola de ténis), pelo que numa observação informal e com a utilização de uma bola de maiores dimensões, a A.G. consegue obter mais sucesso na tarefa de apanhar a bola com ambas as mãos. Ao nível do driblar ainda tem dificuldades em compreender o que lhe é solicitado, não obtendo sucesso. Em observação informal, verificaram-se melhorias ao nível da coordenação óculo-manual.

Em suma, da avaliação das competências motoras, concluiu-se que a A.G. apresenta um perfil de desenvolvimento abaixo do esperado para a sua idade, manifestando ainda dificuldades tanto na motricidade global, como na fina. Porém, conseguiu obter resultados mais positivos nalgumas das provas, o que poderá, em parte, estar relacionado com a sua maior capacidade organizativa e disponibilidade para realizar as tarefas.

1.5.2. Grelha de Observação Qualitativa do Comportamento

Nas sessões finais, procedeu-se novamente à cotação da grelha, elaborada nas primeiras sessões. Esta teve como base a Grelha de Observação do Comportamento (GOC) um instrumento que se destina ao registo de comportamentos do indivíduo ao longo da intervenção (Marques, Castro, Gonçalves, & Martins, 2012). Para tal, selecionaram-se apenas alguns dos domínios e comportamentos que se pretendiam observar e que faziam sentido para o caso em questão, adaptando-se algumas das afirmações selecionadas, tendo em conta as características apresentadas pela A.G. A grelha encontra-se organizada segundo uma escala de likert: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Por vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre

Neste sentido, na tabela 6 é possível verificar as diferenças entre a avaliação inicial e a avaliação final.

Tabela 6- Cotação da Grelha de Observação do Comportamento A.G. avaliação inicial e final

Comportamentos		Av. Inicial	Av. Final	Observações
Relação com o adulto	Cooperação	2	3	Criança afetuosa, mas com humor instável
	Afeto	4	4	
	Indiferença	1	1	
	Oposição-Desafio	4	3	
	Agressividade	1	1	
	Rejeição	1	1	
Atenção nas tarefas	Presta atenção a atividades significativas, mais de 15 minutos	1	2	

	Presta atenção a atividades que a motivam, entre 5 a 15 minutos	2	4	
	Presta atenção a atividades significativas, menos de 5 minutos	3	3	
	Não presta atenção, sendo necessário repetir as instruções	4	3	
Impulsividade	Não demonstra impulsividade	2	3	
	Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	4	3	
	Espera pela sua vez numa atividade	2	4	
	Não planeia a execução da tarefa	4	3	
Persistência	Investe em todas as tarefas e não desiste	2	3	
	Investe apenas em algumas tarefas	3	4	As atividades que a motivam
	Desmotiva facilmente e desiste	4	3	
Participação nas tarefas	Permanece nas tarefas até ao fim autonomamente	2	2	
	Realiza as tarefas até ao final com ajuda	3	4	Tarefas de curta duração (máx. 15 min.)
	Tem muitas dificuldades em realizar uma tarefa até ao fim	5	3	
Ajustamento às tarefas	Apresenta comportamentos adequados no decorrer das atividades	3	3	
	Apresenta comportamentos desadequados mas modera-os quando chamada à atenção	2	4	
	Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivada	3	3	
	Não se ajusta às tarefas, revelando comportamentos de oposição/desafio	3	3	Quando a exigência motora ou de atenção é maior
Respeito pelas regras	Respeita todas as regras	2	3	
	Respeita algumas regras até ao final da atividade	3	4	
	Não respeita as regras	4	2	
Tolerância à frustração	Reage de forma adequada à frustração	2	2	Apresenta ainda baixa resistência à frustração
	Tolera o insucesso autonomamente	2	2	
	Tolera o insucesso com ajuda	2	3	
	Não tolera o insucesso	3	3	
Linguagem recetiva	Compreende instruções simples, sem necessidade de apoio	2	3	Depende do seu nível de atenção ao que lhe é pedido
	Compreende instruções simples, com necessidade de apoio	3	3	
Linguagem expressiva	Realiza pedidos de forma adequada	2	4	
	Expressa verbalmente as tarefas realizadas	2	4	Com orientação e reforço
	Responde de forma coerente num discurso com o adulto	2	3	

Ao nível relacional, a A.G. apesar de ainda manter um comportamento instável, foi possível observar uma melhoria ao nível da cooperação que aumentou e, da oposição-desafio que, progressivamente foi diminuindo, apesar de, por vezes, estes comportamentos ainda se verificarem, quando a exigência motora ou de atenção era maior.

Além disto, na tolerância à frustração, não se constataram diferenças significativas, observando-se ainda baixa resistência à frustração, quando o grau de dificuldade das tarefas é maior ou quando não é bem-sucedida. Todavia, com ajuda do adulto, torna-se mais fácil lidar com o insucesso, sendo capaz de, por vezes, obter sucesso neste aspeto. Ao nível da persistência, já não desiste tanto às primeiras dificuldades, investindo mais nas tarefas.

Na atenção, na avaliação inicial, mesmo nas atividades que a motivavam, a A.G. raramente se mantinha atenta nas tarefas, dispersando facilmente com outros estímulos, sendo necessário, frequentemente, repetir as instruções. Porém, na avaliação final, apesar de ainda não se conseguir manter atenta em atividades significativas, mais de 15 minutos, nas tarefas que a motivam consegue manter-se atenta entre 5 a 15 minutos. Em atividades de curta duração, é capaz de permanecer nas tarefas até ao fim, com orientação e reforço do adulto, ao invés, que na avaliação inicial tinha obtido uma cotação mais negativa a este nível, revelando muitas dificuldades em realizar uma tarefa até ao fim.

Ao nível da participação nas tarefas, ainda mantém algumas dificuldades ao nível do planeamento das ações, realizando, por vezes, as tarefas ainda de uma forma impulsiva, mas porém, apresenta já uma maior capacidade para esperar pela sua vez, numa atividade. No que diz respeito às regras, verificou-se, um maior cumprimento das instruções, respeitando, frequentemente, a maioria das regras até ao final de uma atividade.

Relativamente à linguagem, as evoluções verificadas encontram-se ao nível da expressividade, pela sua maior capacidade de realizar pedidos de uma forma adequada, bem como, pela maior coerência e organização do discurso. Na expressão verbal das atividades realizadas, com orientação e reforço, é capaz de enumerar corretamente e descrever, embora de uma forma simples, as atividades realizadas, enquanto inicialmente, se verificavam muitas lacunas a este nível. Por outro lado, na compreensão da linguagem, a A.G. revela ainda algumas dificuldades em compreender as instruções que lhe são dadas, necessitando de apoio, sendo que nem sempre compreende tudo o que lhe é solicitado, o que poderá também depender do seu nível de atenção, no momento.

1.6. Conclusões

Relativamente aos objetivos previamente delineados, foi possível constatar algumas melhorias e o alcance de algumas metas estabelecidas. Inicialmente a A.G. tinha tendência para querer “controlar” todas as atividades, resistindo à realização da maioria das atividades que lhe eram propostas. Explorava o espaço de forma desorganizada, apresentando dificuldades em parar e se organizar para realizar as tarefas. Observou-se uma evolução gradual no sentido de um maior interesse, na relação e interação com a estagiária, verificando-se períodos de maior colaboração e redução da agitação psicomotora.

Durante o período de intervenção foi também possível aumentar os períodos de atenção numa tarefa e levá-la até ao fim, desenvolver as capacidades de associação e emparelhamento e realização de contagens. A A.G. identifica as cores, as figuras geométricas simples e conta os números de 1 até 10, sendo capaz de os colocar por ordem crescente. Reconhece e acompanha canções infantis.

Para além disso, melhorou ao nível do relato de acontecimentos recentes, construção de frases coerentes e realização de pedidos (e.g. pedir para levar o desenho para casa, pedir para escolher um jogo, etc.). Ao nível do desenho, estes começaram a apresentar melhor organização no espaço, revelando também uma melhor capacidade para colorir uma figura dentro dos limites. Na escrita, observaram-se melhorias, sendo capaz de escrever o seu primeiro nome de forma autónoma e perceptível.

É de referir que o tempo de intervenção foi muito curto, não possibilitando evoluções muito significativas. A A.G. continua a apresentar dificuldades em várias áreas do desenvolvimento, mas apesar disto, melhorou na forma de estar na relação e na sua organização interna para realizar as tarefas. Estas evoluções poderão em parte, estar relacionadas com o modo como a criança se está a desenvolver, bem como devido a um trabalho conjunto com os outros apoios terapêuticos e com a família.

No final da intervenção e após a conclusão da reavaliação psicomotora, realizou-se uma sessão mais livre em conjunto com a criança, o pai e a orientadora local, no sentido de proporcionar um momento lúdico para todos, bem como discutir as principais evoluções e dificuldades ainda apresentadas. Foram assinaladas algumas melhorias por parte do pai, no contexto familiar, nomeadamente na maior capacidade para permanecer nas tarefas, diminuindo os seus períodos de instabilidade e maior cumprimento de regras e limites.

Porém, considerou-se benéfico a continuação da intervenção em psicomotricidade, após a ausência da estagiária, no sentido de continuar a proporcionar atividades estruturadas e experiências motoras que estimulem o desenvolvimento de competências como o equilíbrio e a coordenação motora, bem como facilitar a regulação emocional, na capacidade de gerir a frustração. Para além disto, a A.G. irá permanecer durante mais um ano no pré-escolar, continuando assim com o apoio da Equipa de Intervenção Precoce, bem como com a Terapia da Fala. Reiniciou o apoio em Psicomotricidade no mês de setembro, com a Técnica local.

2. Estudo de Caso II – Grupo pré-escolar

2.1. Caracterização dos casos

O grupo pré-escolar foi composto por quatro crianças do género masculino com idades entre os 5 e os 6 anos, a frequentar o pré-escolar, que evidenciavam dificuldades ao nível da comunicação e relação, no início da intervenção. Na tabela 7 são apresentados os dados informativos mais relevantes, referentes a cada uma das crianças.

Tabela 7 - Caracterização do Grupo pré-escolar

Criança	Informação Clínica
C.C. 25-09-2007	O C.C. nasceu de parto eutócico no HGO, tendo sido a gravidez vigiada. Começou a gatinhar aos 12 meses, adquirindo marcha autónoma aos 14 meses. As primeiras palavras surgiram aos 15 meses. Frequenta o jardim-de-infância desde 2011.

	<p>Foi reencaminhado para a consulta de Desenvolvimento no CDC por médico do Centro de Saúde, em outubro de 2011, por apresentar dificuldades na linguagem e na coordenação motora. É descrito como uma criança que tem vontade de comunicar e interagir e partilhar, mas que revela alguns comportamentos típicos das PEA. Apresenta dificuldades ao nível do planeamento motor e da motricidade fina. Foi reencaminhado para a Psicomotricidade, realizando avaliação em fevereiro de 2014, e iniciando intervenção no grupo pré-escolar.</p>
<p>G.M. 16-06-2008</p>	<p>O G.M. nasceu de cesariana às 40 semanas, com 2970g, 48 cm e 36 cm de perímetro cefálico. A gravidez foi vigiada no HGO por epilepsia materna.</p> <p>Começou a gatinhar aos 8 meses e adquiriu marcha autónoma aos 14 meses. As primeiras palavras surgiram aos 3 anos de idade. Frequenta o infantário desde setembro de 2011. Foi reencaminhado para o CDC pelo médico assistente, em janeiro de 2012 por apresentar atraso na linguagem e particularidades ao nível do comportamento, sendo reencaminhado para a Psicomotricidade para a avaliação, iniciando intervenção individual em março de 2013, na qual permaneceu até julho. Após o retorno da Técnica de Psicomotricidade, em janeiro de 2014, a criança é novamente chamada para observação, no seguimento das consultas de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrica, por apresentar um atraso global do desenvolvimento, com perturbação da relação e comunicação. O G.M. é descrito como tendo dificuldades na socialização e em manter a atenção e concentração, não aderindo às tarefas propostas. Ao nível da comunicação, por vezes, apresenta ecolalias, mas é capaz de construir frases curtas.</p>
<p>D.M. 11-08-2008</p>	<p>O D.M nasceu às 38 semanas, com 3200 gramas, tendo a gravidez sido vigiada. Começou a sorrir ao primeiro mês de vida, adquiriu a posição de sentado aos 6 meses, começando a andar aos 12 meses. Ao nível da linguagem, as primeiras palavras surgiram aos 12 meses, com 1 ano e meio dizia entre 2 a 4 palavras, sendo o desenvolvimento muito lento. Começou a juntar palavras por volta dos 4 anos. Frequenta o jardim-de-infância desde os 2 anos, estando sempre bem integrado. O D.M. é descrito como uma criança simpática e autónoma, que nos últimos tempos tem vindo a evoluir em algumas aquisições motoras (andar de bicicleta), porém apresenta dificuldades ao nível do desenho.</p> <p>Foi encaminhado para a consulta de Desenvolvimento no CDC por médico do Centro de Saúde, devido a dificuldades de coordenação motora e de linguagem, sendo reencaminhado para a Psicomotricidade para avaliação em fevereiro de 2014, iniciando intervenção no grupo pré-escolar.</p>

<p>S.N. 04-04-2008</p>	<p>O S.N. é uma criança sem antecedentes familiares e clínicos relevantes. Em relação ao desenvolvimento psicomotor, sentou-se aos 5 meses, gatinhou aos 11, marcha sem apoio aos 13-14 meses e as primeiras palavras aos 15-16 meses de idade. Frequenta o jardim-de-infância desde os 2 anos, bem como tem apoio de Terapia da Fala, pela ELI do Seixal.</p> <p>Em janeiro de 2012 foi referenciado da consulta de desenvolvimento para a de Reabilitação Pediátrica por apresentar um atraso global de desenvolvimento, apresentando também comportamentos de oposição e particularidades da comunicação e relação, suspeitando-se de uma PEA. Foi avaliado em Psicomotricidade, iniciando intervenção individual em abril de 2012. Iniciou Terapia da Fala no CDC e, posteriormente, teve alta da consulta de Psicomotricidade. Contudo, concluiu-se que o S.N. beneficiaria da continuação do apoio de Psicomotricidade, tendo sido novamente chamado para avaliação em fevereiro de 2014, e posteriormente integrado no grupo pré-escolar.</p>
--	--

2.2. Processo de Intervenção

Previamente à integração no grupo, cada criança foi observada individualmente, aplicando-se o Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky e a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, de modo a avaliar as competências motoras. Apenas o G.M. não foi avaliado formalmente com estes dois instrumentos, dado tratar-se de um trabalho de continuidade da técnica, e no momento, a criança tinha-se mostrado indisponível para colaborar numa avaliação formal.

Posteriormente ao processo de avaliação, seguiu-se um conjunto de sessões de intervenção individual com a estagiária, tendo-se por fim, reunido as crianças numa intervenção de grupo.

É de referir que após os momentos de avaliação, foi discutido em conjunto com a orientadora local, que as crianças, devido às suas características próprias, poderiam vir a beneficiar de uma intervenção em grupo. Posto isto, procurou-se conhecer o interesse e a disponibilidade das famílias para a colocação dos seus filhos na intervenção terapêutica de grupo, bem como a sua própria disponibilidade para participar em algumas das sessões previstas.

Quando iniciada a intervenção em grupo, pretendeu-se também avaliar as competências ao nível da interação social com os pares, tendo por base a escala *Assessment of Peer Relations*. Para além disto, foi entregue às famílias, o *TABS Assessment Tool*, no sentido de conhecer a perceção dos pais acerca do temperamento e autorregulação das crianças, bem como perceber quais os comportamentos considerados mais preocupantes para as famílias.

Relativamente à duração da intervenção psicomotora, o grupo foi acompanhado pelas estagiárias ao longo de 12 sessões semanais, com uma duração de 60 minutos cada, durante um período de 3 meses, entre março e junho de 2014. As sessões foram fotografadas e filmadas, com a autorização prévia dos pais, através da entrega de um consentimento informado (anexo IX). Dado o interesse em realizar um trabalho conjunto com as famílias, definiram-se três sessões para que estas pudessem participar.

Tabela 8 - Calendarização da Intervenção Psicomotora Grupo pré-escolar

Mês	Março	Abril	Maio	Junho
Crianças	20, 27	3,10, 24	8,15, 22, 29	5, 12, 19
Pais	20	-----	15	19

Assim, como se verifica pela tabela 8, na primeira sessão estiveram presentes tanto as crianças como as famílias, no sentido de estabelecer um contacto inicial, apresentando os objetivos e a estrutura do programa de intervenção. Foi também possível a dinamização de algumas atividades, que apelaram à participação conjunta dos pais e os respetivos filhos. Por sua vez, na última sessão, foram apresentadas as evoluções de cada criança, caracterizando o trabalho desenvolvido ao longo das sessões de intervenção, através da visualização de um vídeo ilustrativo.

Após a análise dos instrumentos de avaliação utilizados, procedeu-se à elaboração do plano de intervenção pedagógico-terapêutico, no sentido de ir ao encontro dos domínios do desenvolvimento em que se verificaram maiores lacunas. Deste modo, de seguida, serão apresentadas as avaliações iniciais de cada criança, bem como o plano de intervenção elaborado.

2.2.1. Avaliação Inicial

2.2.1.1. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky e Bateria Psicomotora

C.C.

O C.C. foi observado com 6 anos e 5 meses, e apresentou-se, num primeiro contacto, muito inibido, receoso e pouco comunicativo. Progressivamente, foi comunicando mais espontaneamente. Num espaço de avaliação com um maior número de estímulos presentes, o C.C. ficou mais desinibido, explorando os materiais sem receio.

A nível do **controlo do corpo**, revelou muitas dificuldades em controlar o corpo imóvel, sendo observáveis muitos desequilíbrios. No equilíbrio dinâmico, apresentou um controlo adequado nas atividades mais simples (caminhar em linha reta), porém, com a base de sustentação mais reduzida (saltar a pé coxinho), foram visíveis maiores desequilíbrios, e quando esta é elevada (caminhar em cima de uma trave), revelou um maior receio, necessitando da ajuda do avaliador para realizar a tarefa.

Na **noção de corpo**, revelou algumas dificuldades na identificação das partes do corpo e do reconhecimento da direita e esquerda em si, e muitas dificuldades nesse reconhecimento no outro. No desenho do corpo, elaborou um desenho imaturo, pobre e desinvestido.

A **estruturação espaço-temporal** avalia a capacidade de organização do corpo e de objetos no tempo e no espaço. Na memorização visual de estruturas visuais, o C.C. apresenta uma boa prestação nas estruturas mais simples, contudo, com o complexificar das tarefas vai manifestando maiores dificuldades. Ao longo da atividade apresentou dificuldade em manter a sua atenção, verbalizando durante toda a realização da tarefa. Na realização de trajetórias espaciais após a observação e interiorização de um percurso realizado em papel, a criança realizou o percurso autonomamente, embora com algumas hesitações.

Na **motricidade global**, revelou um adequado controlo visuo-motor e planeamento motor na coordenação óculo-manual. Contudo, nas atividades que requeriam a coordenação alternada dos membros superiores (driblar uma bola), revelou muitas dificuldades, não obtendo sucesso. Ao nível dos membros inferiores, na coordenação óculo-podal, o C.C. teve dificuldades na coordenação dos movimentos podais.

Na **motricidade fina**, apresentou uma pega pouco consistente, resultando num traço leve e imaturo. Apresentou muitas dificuldades nas tarefas que requerem uma maior precisão motora fina (desenhar labirintos mais estreitos, recortar). Na destreza manual, realizou a maioria das tarefas com lentidão na execução motora, estando presentes maiores dificuldades nas atividades que requeriam a utilização de ambas mãos.

Em conclusão, o C.C. apresentou um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo. Apresentou maiores dificuldades nas tarefas relacionadas com o equilíbrio, coordenação dos movimentos globais e finos. Nas tarefas que requerem um maior enfoque da atenção, apresentou dificuldades em mantê-la, desinvestindo nas tarefas, o que poderá ter contribuído para uma pior prestação.

D.M.

O D.M. foi observado com 5 anos e 6 meses, apresentando-se, num primeiro contacto, muito inibido e pouco comunicativo, mostrando-se receoso em entrar na sala. Pareceu também receoso em explorar livremente o espaço. Progressivamente, foi comunicando mais espontaneamente, ficando mais à vontade com o avaliador e realizando todas as atividades propostas.

No **controlo do corpo**, observou-se a coordenação bilateral e o equilíbrio. Na coordenação bilateral, o D.M. apresentou um adequado desempenho nas atividades que requerem movimentos dos braços e pernas de forma sincronizada. Ao nível do equilíbrio, na imobilidade e no equilíbrio estático, o D.M. conseguiu controlar o corpo na totalidade do tempo, registando-se apenas ligeiras oscilações posturais e a presença de sincinesias bucais e de movimentos palpebrais. No equilíbrio dinâmico, realizou as tarefas com um controlo adequado, apenas com pequenos desvios de direção, reajustamentos posturais e, nas atividades de caminhar numa superfície mais elevada revelou desequilíbrios.

No que diz respeito à **noção de corpo**, identificou corretamente a grande maioria das partes do corpo, reconhecendo sem dificuldades o lado direito e o lado esquerdo. No desenho do corpo, apresentou um desenho muito imaturo e com poucos pormenores anatómicos.

Na **estruturação espaço-temporal**, o D.M. realizou, com dificuldade, as tarefas que requerem o cálculo de distâncias e o ajustamento dos planos motores necessários para as percorrer, revelando também dificuldades na compreensão da tarefa. Na memorização sequencial visual a curto prazo de estruturas espaciais, também estiveram presentes dificuldades na reprodução dos estímulos e lentidão na execução motora, conseguindo apenas realizar a ficha de ensaio.

Na **motricidade global**, revelou dificuldades na maioria das tarefas avaliadas, nomeadamente na coordenação alternada dos membros superiores (driblar), na capacidade de individualização dos segmentos corporais durante a realização de movimentos sequencializados, bem como na coordenação óculo-manual e óculo-podal.

Na **motricidade fina**, o D.M. apresentou um traço leve e imaturo, e em tarefas de destreza manual, realizou a maioria com lentidão motora, estando, por vezes, presentes

sincinesias bucais. Nas tarefas de maior precisão motora, como a realização de labirintos e o recorte, apresentou dificuldades. Na integração motora fina, que implica a cópia de figuras, apresentou dificuldades na sua generalidade.

Neste sentido, o D.M. apresentou um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo. Apresentou maiores dificuldades nas tarefas relacionadas com a coordenação global dos membros superiores e inferiores, e com o controlo dos movimentos finos. Estas dificuldades do D.M. parecem condicionadas pela sua grande inibição e insegurança.

S.N.

O S.N. foi observado com 5 anos e 10 meses, apresentando-se uma criança simpática, mas com um comportamento instável, o qual se refletiu na resistência em realizar a maioria das atividades propostas. Apresentou dificuldades em manter a sua atenção nas tarefas e em seguir regras, revelando por vezes, comportamentos de oposição e desafio.

No **controlo do corpo**, nomeadamente ao nível do equilíbrio, observou-se a capacidade para controlar o corpo imóvel, na qual o S.N. apresentou muitas dificuldades, sendo observados desequilíbrios frequentes e movimentos com o corpo.

Ao nível da **estruturação espaço-temporal**, o S.N. revelou muitas dificuldades no cálculo das distâncias. Estas dificuldades parecem estar relacionadas com a não compreensão da tarefa, não sendo capaz de ajustar os planos motores necessários para percorrer as distâncias. É de referir que, nesta atividade, a qual requer um maior enfoque da atenção, foi observado um maior desinvestimento, bem como comportamentos de recusa e de tentativa de fuga da tarefa. Contudo, com orientação e reforço por parte do avaliador, realizou a tarefa até ao fim.

Na **motricidade global**, revelou muitas dificuldades na coordenação dos membros superiores e inferiores. Nas tarefas de coordenação óculo-manual e óculo-podal, não obteve sucesso, revelando dificuldades no planeamento motor e no controlo visuo-motor. No entanto, manifestou uma maior motivação e persistência nas tarefas.

Na **motricidade fina**, o S.N. apresentou dificuldades no controlo e precisão manual fina, sendo observável uma pega imatura tanto no lápis, como na manipulação da tesoura. A criança apresentou pouco investimento nas tarefas, parecendo não ouvir as instruções, pelo que até as atividades mais básicas não foram realizadas com sucesso.

Em conclusão, o S.N. apresentou um comportamento imaturo, que se traduz na forma como se relaciona com os outros, tentando controlar o espaço da sessão. Ao longo das sessões de observação, o seu comportamento oscilou entre momentos de cooperação e participação e outros de dispersão fácil, o que condicionou também a sua prestação. Deste modo, revelou dificuldades na globalidade das áreas de desenvolvimento avaliadas.

G.M.

O G.M. foi observado com 5 anos e 8 meses, realizando-se uma avaliação informal das suas competências motoras.

Num primeiro momento, apresentou um contacto inibido, falando muito pouco, repetindo apenas o que lhe era dito. Revelou pouca exploração do espaço, ficando a maior parte do tempo centrado num só conteúdo da sala de Psicomotricidade (piscina de bolas), não integrando o avaliador nas atividades, bem como não partilhando os objetos.

Posteriormente, com o decorrer das sessões, mostrou-se mais comunicativo e interativo, aceitando melhor a presença do outro nas atividades, embora ainda com algum distanciamento.

Pareceu muito envolvido em jogos de associação de objetos (cor, forma), sendo capaz de identificar facilmente as cores. Todavia, revelou dificuldades em realizar uma sequência de atividades motoras até ao fim, tendo muitas dificuldades em manter a sua atenção, refugiando-se em atividades do seu interesse.

Relativamente às áreas do desenvolvimento motor, na **motricidade fina**, revelou um traço ainda muito imaturo. A pedido, escreveu o seu nome, bem como foi capaz de representar figuras básicas (círculo, quadrado, triângulo). Na generalidade, demonstrou resistência em iniciar atividades grafomotoras, mas envolvido acede, ainda que com pouca motivação e interesse. Na **motricidade global**, houve um maior envolvimento e investimento nas tarefas, embora tenha inicialmente revelado, receio em caminhar ou manter-se sobre superfícies instáveis (formas acolchoadas, baloiço), apresentando comportamentos de fuga da tarefa.

Em conclusão, o G.M. apresentou resistência à interação com o outro, explorando, na maioria das vezes, o espaço e os objetos de forma individual. Caracterizou-se por um comportamento imaturo, dispersando facilmente a sua atenção na realização das tarefas, não permitindo assim observar mais detalhadamente, e através de provas formais, a sua proficiência motora.

2.2.1.2. Escala de Avaliação do Temperamento e Comportamento Atípico

Tabela 9- Avaliação inicial TABS Assessment tool

Perfil de Temperamento	C.C.	D.M.	S.N.	G.M.
Desligado	X		X	X
Hipersensível/Ativo	X	X	X	
Pouco Reativo				
Desregulado	X		X	

A tabela 9 apresenta os perfis de temperamento que caracterizam cada criança, tendo por base a cotação inicial dos questionários. Nesta secção são descritos sumariamente, os comportamentos considerados pelos pais.

Como é possível verificar pela tabela, o C.C. e o S.N. são as crianças que apresentam diversos perfis de temperamento (desligado, hipersensível/ativo e desregulado).

Relativamente ao **C.C.** os comportamentos mais preocupantes para os pais, nos quais a família necessita de ajuda para lidar com o comportamento, situam-se ao nível do perfil desligado, no qual se destaca o aborrecimento da criança com alterações horárias, bem como a perda de controlo com aquilo que se está a passar à sua volta. Por sua vez, são também mencionados o resistir olhar o outro, nos olhos; a presença de *flapping*; o interesse em demasia por um certo objeto, o não iniciar o jogo com os outros e parecer estar no seu próprio mundo. Nos restantes perfis, a criança é percebida como tendo grandes variações de humor, aborrecendo-se por pequenas coisas, chateando-se e irritando-se facilmente, principalmente quando lhe é retirado um brinquedo. Quando se chateia, são referidas as dificuldades em se confortar. A mãe descreve ainda que o C.C.,

na maior parte das vezes, revela um comportamento irrequieto, tendo muita dificuldade em esperar (por comida ou por brinquedos). Para além disso, revela também dificuldades ao nível do sono, o qual não é regular, necessitando de ajuda para adormecer.

No **S.N.** os comportamentos que representam uma maior preocupação para os pais, situam-se principalmente ao nível dos perfis desligado e hipersensível/ativo. No perfil desligado, os pais realçam o aborrecimento com alterações horárias, o agir como se os outros não estivessem presentes, a dificuldade em iniciar o jogo com os outros, parecendo também estar no seu próprio mundo, a perda de controlo com aquilo que se está a passar à sua volta, o ficar incomodado com demasiada luz, barulho ou toque, ficando excessivamente excitado com locais com muita gente e os interesses em demasia por um determinado objeto. No perfil hipersensível/ativo, são mencionados alguns comportamentos tais como irritar-se facilmente, com muita dificuldade em se acalmar, revelando obstinação. Para além disso, é descrito como uma criança impaciente, controladora, que exige atenção continuamente, e impulsiva, recusando, na maioria das vezes, fazer aquilo que lhe é dito. Apresenta também comportamentos agressivos (bater, morder, pontapear) para com os outros.

Relativamente ao **D.M.**, apresenta um perfil de temperamento bem definido, que se situa ao nível do hipersensível/ativo. É descrito pela mãe como uma criança que se aborrece por pequenas coisas, que apresenta grandes variações de humor, frustrando-se facilmente, com dificuldades em se acalmar. São também mencionados comportamentos como a irrequietude, o querer controlar o comportamento do adulto, a impulsividade e a recusa em fazer o que lhe é pedido.

Por fim, o **G.M.** com um perfil do tipo desligado, é caracterizado por resistir ao olhar o outro nos olhos, nalgumas vezes; agir como se o(s) outro(s) não estivessem presentes, tendo também dificuldades em iniciar o jogo com os outros, parecendo estar no seu próprio mundo, bem como, desliga-se, perdendo o controlo com aquilo que se está a passar à sua volta. Todavia, nenhuns destes comportamentos são considerados uma preocupação especial, para a mãe, não necessitando de ajuda para lidar com os mesmos.

2.2.1.3. Escala de Avaliação das Relações entre Pares

Da observação inicial, foi possível verificar a presença de diferentes comportamentos entre as crianças, mas concluiu-se que todas tinham em comum dificuldades no estabelecimento e manutenção das relações com os pares. Apesar disto, não foram observados comportamentos negativos e hostis (e.g. zangar-se) durante as interações com os pares.

Assim, de um modo geral, tanto o C.C. como o S.N. estabeleceram rapidamente e, de forma um pouco impulsiva, interações com os colegas.

O **C.C.**, dado ter estabelecido rapidamente interações com o S.N., tendia a imitar a maioria dos seus comportamentos, seguindo-o como se fosse um modelo, ou seja, quando o S.N. se recusava a realizar uma tarefa, o C.C., por vezes, seguia os mesmos comportamentos. Para além disso, mostrava alguma insegurança, necessitando constantemente de chamar a atenção, quer dos pares quer dos adultos. Apesar disto, mostrou-se um menino bem-disposto e expressivo, que revelava iniciativa e envolvia-se nas atividades, propondo, por vezes, jogos para realizar em conjunto com os pares.

Relativamente ao **S.N.**, revelava uma postura mais manipuladora. Colocava-se, por vezes, no papel de líder do grupo, querendo controlar o espaço da sessão, gostando de obter a atenção dos outros. Deste modo, revelava, por vezes, dificuldades em aceitar as regras da sala impostas pelos adultos, mostrando comportamentos de oposição, os quais se refletiam quer pelo desinvestimento nas tarefas, quer pelos comportamentos de recusa. Para além disto, ficava incomodado com demasiado barulho ou demasiada proximidade física por parte dos pares.

O **D.M.**, por sua vez, mostrou-se mais receoso e inibido, demorando mais tempo para se relacionar com os colegas e a ganhar confiança. Por vezes, parecia um pouco ansioso quando abordado pelos colegas. Inicialmente, permanecia a maioria do tempo da sessão sem falar, observando, frequentemente, os pares, tendo dificuldade em se libertar, parecendo muito contido durante a realização das atividades. Todavia, no que diz respeito à compreensão e cumprimento das regras, relativamente à partilha e tomada de vez, o D.M. respeitava-as facilmente.

O **G.M.** inicialmente também revelou dificuldades em estabelecer relações e em seguir as regras do grupo. Apresentava um comportamento desligado do grupo, isolando-se e brincando sozinho com materiais do seu interesse ou permanecendo simplesmente desocupado.

Para além disso, parecia não estar consciente das iniciativas dos colegas, ou quando se apercebia, tendia a ignorá-las. Quando abordado por outros, mostrava-se ansioso, sendo observados comportamentos de afastamento. Muitas vezes, a criança rodeava os seus pares nos jogos, oscilando entre a aproximação e o afastamento.

2.2.2. Plano de Intervenção Terapêutico-Pedagógico

Duração: 3 meses **Periodicidade:** 1 vez por semana, 60 minutos por sessão

Nº de participantes: 4 crianças

Divisão das sessões: (1) Avaliações iniciais – fevereiro ; (2) Intervenção Psicomotora – de 20 de março a 19 de junho; (3) Avaliações finais – junho e julho

Domínios do Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Motricidade	Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar as competências grafomotoras	- Copiar formas geométricas simples (círculo, quadrado, triângulo). - Colorir uma figura dentro dos limites. - Melhorar a preensão no lápis.
		Melhorar a precisão dos movimentos finos	- Construir formas com plasticina. - Realizar trabalhos de recorte e colagem.
	Desenvolver a Motricidade Global	Melhorar a coordenação óculo-manual	- Lançar a bola com a mão em direção a um alvo, a uma distância de 3m.
		Melhorar a coordenação óculo-podal	- Receber uma bola com o pé, quando lançada na sua direção. - Pontapear a bola em direção a um alvo, a uma distância de 3m.
		Desenvolver movimentos globais complexos	- Realizar rolamento à frente com ou sem ajuda. - Driblar a bola com uma mão.
	Desenvolver o Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	- Ultrapassar uma sequência de obstáculos, sem ajuda do adulto.
			- Saltar a pés juntos, sem ajuda. - Saltar em apoio unipodal com ou sem ajuda. - Manter o corpo imóvel durante um período de tempo. - Manter o controlo postural sobre superfícies instáveis.

Cognição	Desenvolver as competências cognitivas	Desenvolver a capacidade de atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o tempo de atenção e concentração na realização de uma tarefa. - Aumentar a capacidade de atenção seletiva. - Diminuir a tendência para a distração face a outros estímulos.
Linguagem	Desenvolver competências ao nível da comunicação	Aumentar as competências de linguagem expressiva	<ul style="list-style-type: none"> - Relatar acontecimentos do quotidiano. - Expressar de forma verbal as atividades realizadas. - Aumentar os períodos de diálogo entre os pares. - Aumentar a capacidade de expressão não-verbal.
Socialização	Desenvolver competências sociais	Aumentar as capacidades de interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir as regras das atividades. - Aguardar a sua vez no jogo. - Partilhar os objetos durante a interação com o adulto e/ou pares. - Diminuir a tendência para o isolamento, aumentando o tempo de realização de atividades em conjunto. - Diminuir comportamentos de maior instabilidade/oposição-desafio. - Aumentar a iniciativa para propor atividades conjuntas.

2.2.3. Intervenção Psicomotora

Relativamente à intervenção realizada, as sessões tiveram por base, numa fase inicial, facilitar a interação e a comunicação das crianças umas com as outras, bem como com as estagiárias. Através de dinâmicas mais direcionadas para a exploração do espaço e a expressão corporal e, criação de um ambiente lúdico, pretendeu-se promover a participação espontânea das crianças e ajudá-las a organizarem-se no espaço, com os objetos e com os outros.

Todas as sessões foram estruturadas e as atividades previamente planeadas, no sentido de estimular as áreas de desenvolvimento que foram apresentadas como objetivos pedagógico-terapêuticos, procurando também ir de encontro aos interesses das crianças (anexo XIV). O gráfico da figura 11 ilustra os domínios de desenvolvimento predominantes nas atividades que foram realizadas.

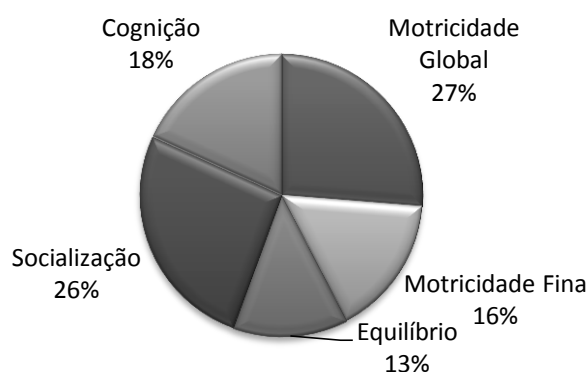


Figura 11 - Domínios do desenvolvimento trabalhados ao longo das sessões do grupo pré-escolar

Para além disso, foram proporcionadas diferentes experiências, sendo realizadas sessões tanto no interior, como no exterior (sempre que as condições climáticas o permitiam) e ainda atividades conjuntas com os pais.

As sessões decorreram sempre com a mesma estrutura, começando por uma conversa inicial acerca das atividades realizadas na sessão anterior, bem como acerca de outros eventos do quotidiano que as crianças gostassem de partilhar, terminando com uma conversa final relativa aos jogos realizados e/ou uma atividade de retorno à calma/relaxamento. Deste modo, pretendeu-se a criação de rotinas, de modo a facilitar a organização interna das crianças. Para além disto, optou-se por uma preparação prévia do espaço, no sentido de minimizar o número de estímulos distráteis.

As sessões incluíram tanto uma abordagem de natureza instrumental como relacional. Neste sentido, foram utilizadas diversas técnicas de intervenção desde atividades de expressão e representação corporal, jogos sensório-motores, simbólicos e de regras, jogos de cooperação, atividades de expressão gráfica e plástica, bem como de expressão rítmica, técnicas de relaxamento, e utilização de objetos como mediadores e facilitadores da comunicação e interação social. Nas estratégias de intervenção incluiu-se a utilização de instruções simples e curtas, recorrendo à demonstração, sempre que necessário; a utilização de reforços positivos, incentivando os comportamentos adequados durante a realização das tarefas, e assim, corrigir os comportamentos desadequados e, a estruturação das sessões partindo de tarefas mais simples para as mais complexas.

Em contexto de intervenção, de um modo geral, as crianças aderiram às atividades propostas, umas de uma forma mais espontânea e outras, com necessidade de uma maior orientação e reforço, tendo em conta o ritmo e o nível de aprendizagem de cada

uma. Quanto às famílias, verificou-se uma adesão positiva, envolvendo-se ativamente neste processo.

Terminado o processo de intervenção, cada criança foi reavaliada individualmente com o TPMBO-2 e a BPM. Para além desta reavaliação, foi também entregue novamente aos pais o questionário referente à escala de avaliação do temperamento e autorregulação e na penúltima sessão, foi novamente preenchida a grelha de observação das relações entre pares.

Deste modo, de seguida serão apresentadas as avaliações finais, referentes a cada um dos instrumentos utilizados.

2.2.4. Resultados obtidos do processo de intervenção

2.2.4.1. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky e Bateria Psicomotora

C.C.

O C.C. foi reavaliado com 6 anos e 8 meses. Ao longo da reavaliação, mostrou-se disponível e colaborador, embora ainda tenha revelado dificuldade em manter a sua atenção por longos períodos de tempo.

Com base nas cotações obtidas em ambas as avaliações, no caso do TPMBO-2 construiu-se um gráfico com o objetivo de estabelecer a relação entre o total dos resultados obtidos em cada subteste na avaliação inicial e na avaliação final, apresentando a pontuação máxima que poderia ser alcançada. No caso da BPM, faz-se uma comparação entre as cotações médias obtidas em cada área do desenvolvimento avaliada.

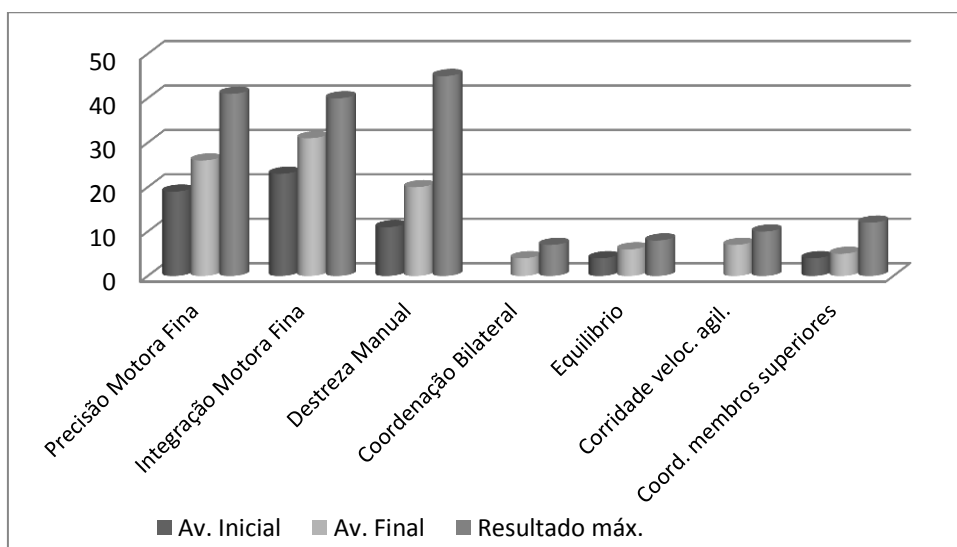


Figura 12 - Cotação TPMBO-2 C.C., resultados brutos totais

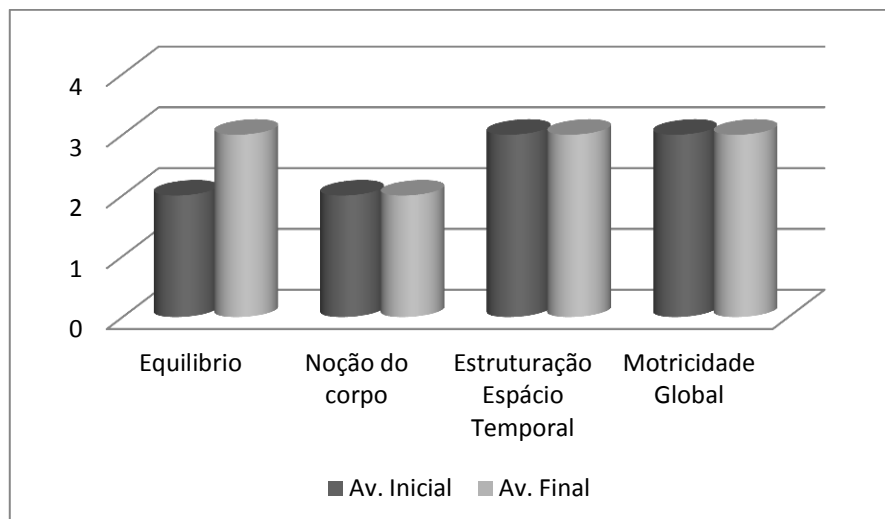


Figura 13 - Cotação BPM C.C., valores médios obtidos em cada área

Em primeiro lugar, analisando os subtestes da **motricidade fina**, o C.C. revelou um traço mais consistente, verificando-se melhor desempenho nas atividades de precisão motora fina, tais como, desenhar linhas nos labirintos estreitos, ligar pontos, dobrar e recortar papel. Completou este subteste com 26 pontos na avaliação final, enquanto na avaliação inicial tinha obtido 22 pontos. Na integração motora fina também obteve uma maior pontuação (31 pontos na avaliação final e 23 na avaliação inicial), copiando com êxito a maioria das figuras, revelando uma boa organização visuo-motora fina. Revelou apenas menor sucesso na cópia de figuras mais complexas (estrela). Na destreza manual, observaram-se melhorias em todas as tarefas, revelando uma melhor coordenação dos movimentos das mãos e dos dedos (avaliação inicial – 11 pontos; avaliação final – 20 pontos).

No que diz respeito ao **controle do corpo**, na avaliação final foi possível avaliar o subteste da coordenação bilateral, mas apenas a tarefa bater os pés e os dedos – mesmos lados sincronizados, na qual apresentou uma adequada compreensão e realização da tarefa. Para além disto, foi também possível observar o subteste de corrida de velocidade e agilidade, no qual apresentou um bom desempenho, obtendo 7 em 10 pontos, na prova de saltar em apoio unipodal. Ao nível do equilíbrio, revelou ainda algumas dificuldades em controlar o corpo imóvel, observando-se desequilíbrios, tanto na presença de uma base de sustentação maior, como mais reduzida. Todavia, no equilíbrio dinâmico, apresentou uma melhor prestação, revelando uma maior segurança e controlo dos saltos a pés juntos e a pé coxinho, bem como no caminhar sobre uma superfície estreita e elevada (evolução na trave). Assim, de um modo geral, tanto nas provas de equilíbrio do TPMBO-2, como nas provas de equilíbrio da BPM, verificaram-se melhorias.

Na **noção do corpo**, observaram-se algumas hesitações na identificação de algumas partes do seu corpo. Verificaram-se algumas melhorias ao nível do reconhecimento da direita e esquerda em si, mantendo dificuldade na identificação no outro. No desenho do corpo, apesar de ainda apresentar um traço imaturo, é possível observar a inclusão de segmentos corporais (braços, pernas, dedos das mãos) e pormenores anatómicos básicos (olhos e boca). Na globalidade desta área, e pela observação do gráfico da figura 13, quantitativamente, os resultados não variaram de uma avaliação para a outra.

Ao nível da **estruturação espaço-temporal**, os resultados apresentados referem-se apenas às tarefas estruturação dinâmica e representação topográfica, uma vez que nas restantes, o C.C. mostrou-se menos disponível, não possibilitando a sua observação.

Assim, na memorização visual de estruturas visuais, apresentou uma prestação semelhante à da avaliação inicial, realizando adequadamente as estruturas iniciais, apresentando dificuldades nas estruturas mais complexas. Na representação topográfica, realizou o percurso de forma autónoma e correta, observando-se ligeiras hesitações. Para além disso, colaborou na representação gráfica da sala, revelando uma boa percepção da posição real dos objetos, no espaço.

Por fim, na **motricidade global**, foi possível analisar os resultados do subteste coordenação dos membros superiores do TPMBO-2, como também, as tarefas de coordenação óculo-manual e óculo-podal da BPM. A este nível, o C.C. revelou um adequado controlo visuo-motor e planeamento motor nas atividades de coordenação óculo-manual, mas manteve as dificuldades ao nível dos membros inferiores. Na coordenação alternada dos membros superiores (driblar uma bola), apesar de ainda ter revelado dificuldades, verificaram-se melhorias, comparativamente com a avaliação inicial.

Neste sentido, o C.C. revelou um perfil de desenvolvimento heterogéneo. Porém, de um modo geral, foram observadas melhorias nas suas competências motoras, as quais foram mais significativas ao nível do controlo dos movimentos finos e no equilíbrio.

D.M.

O D.M. foi reavaliado com 5 anos e 11 meses. Ao longo da reavaliação, mostrou-se bem-disposto e comunicativo, colaborando na realização das tarefas propostas.

Tendo por base os resultados obtidos em ambas as avaliações, no caso do TPMBO-2 construiu-se um gráfico com o objetivo de estabelecer a relação entre o total dos resultados obtidos em cada subteste na avaliação inicial e na avaliação final, apresentando a pontuação máxima que poderia ser alcançada. No caso da BPM, faz-se uma comparação entre as cotações médias obtidas em cada área do desenvolvimento avaliada.

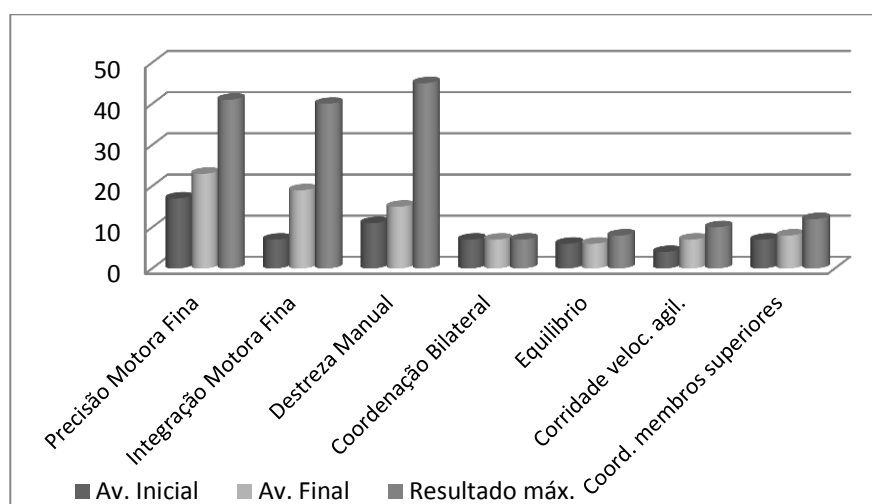


Figura 14 - Cotação TPMBO-2 D.M., resultados brutos totais

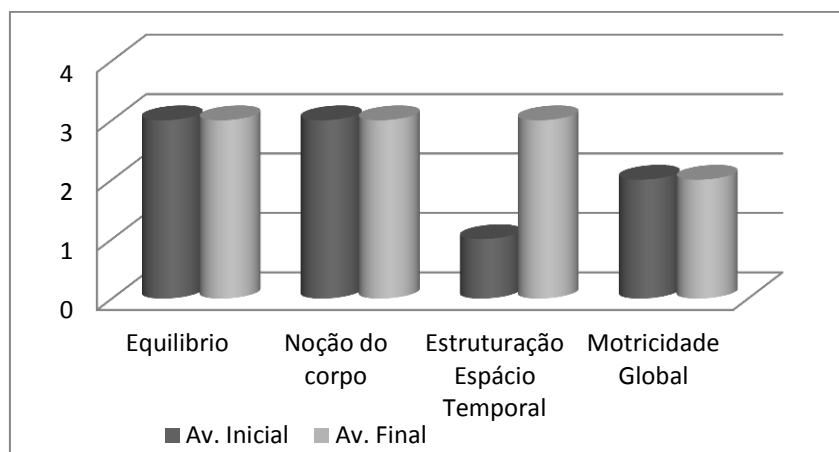


Figura 15 - Cotação BPM D.M., valores médios obtidos em cada área

Relativamente às tarefas de **motricidade fina**, observaram-se melhorias em todos os subtestes. Na precisão motora fina, realizou as tarefas com cuidado e empenho verificando-se um traço mais consistente e um melhor controlo nas atividades de desenhar linhas em labirintos, bem como ao nível do recorte. Assim, obteve na avaliação final uma pontuação total de 23 pontos, enquanto na avaliação inicial tinha alcançado 17 pontos. Na integração motora fina, mantém a forma básica num maior número de figuras (círculo, quadrado, círculos sobrepostos, linha ondulada e triângulo), revelando apenas maiores dificuldades com o complexificar das imagens. Na destreza manual, apesar de ainda se verificar lentidão na execução motora, o D.M. obteve melhores resultados, 15 pontos, quando comparado com a avaliação inicial, na qual tinha completado o subteste com apenas 11 pontos.

No **controlo do corpo**, nomeadamente na coordenação bilateral, o D.M. apresentou um desempenho adequado nas atividades que requerem o uso dos braços e pernas sincronizados, obtendo a pontuação máxima (7 pontos), à semelhança da avaliação inicial. Porém, em situações de movimento (saltar no mesmo sítio – mesmos lados sincronizados), observou-se alguma rotação do corpo, tendo dificuldade em manter-se na mesma posição. No subteste corrida de velocidade e precisão, também se constataram melhorias ao nível do controlo do corpo, evoluindo de 4 para 7 pontos, na prova de saltar em apoio unipodal. Ao nível do equilíbrio, apresentou uma prestação semelhante à da avaliação inicial. Contudo, nas tarefas de caminhar sobre uma superfície mais elevada (trave), bem como na realização de saltos com os olhos fechados, verificou-se um menor receio e maior segurança na realização das tarefas.

Na **noção de corpo**, o D.M. não apresentou alterações, mantendo-se os mesmos resultados, do ponto de vista quantitativo. Todavia, da observação qualitativa, no desenho do corpo, apesar de ainda apresentar uma figura humana imatura, revelou uma maior organização espacial, um traço mais controlado, incluindo também um maior número de pormenores anatómicos.

Na **estruturação espaço-temporal**, foram observadas as tarefas organização e estruturação dinâmica. O D.M. revelou melhorias em ambas as tarefas, embora estas tenham sido mais significativas ao nível do cálculo das distâncias, revelando uma maior compreensão da tarefa, sendo capaz de ajustar os planos motores necessários para as percorrer.

Ao nível da **motricidade global**, no subteste coordenação dos membros superiores do TPMBO-2, o D.M. revelou ligeiras melhorias ao nível da coordenação alternada dos

membros superiores (driblar a bola). Relativamente às tarefas da BPM, também melhorou na coordenação óculo-podal, mas manteve as suas dificuldades na dissociação de movimentos sequencializados, observando-se movimentos pouco fluidos e ritmados, e dificuldades em manter a atenção, à medida que o nível de exigência motora ia aumentando.

Em suma, observaram-se evoluções globais, principalmente, ao nível do controlo dos movimentos finos, que em parte, poderão estar relacionadas com a sua maior confiança e segurança na realização das atividades.

G.M.

Relativamente ao G.M., foi reavaliado com 6 anos. Desta vez, foi possível a realização de uma avaliação formal através do TPMBO-2. Pretendeu-se também aplicar a Bateria Psicomotora, mas porém, mostrou-se indisponível para colaborar com a avaliação, dispersando a sua atenção muito facilmente. Assim, num primeiro momento, o G.M. mostrou-se cooperativo, realizando todas as atividades de precisão e integração motora e de destreza manual. Numa fase posterior, quando se necessitou de um espaço mais amplo (Sala de Psicomotricidade) para a avaliação das componentes da motricidade global e do equilíbrio, revelou muita dificuldade em permanecer nas tarefas, distraíndo-se com os vários estímulos presentes na sala, não permitindo a aplicação da grande maioria das tarefas.

Posto isto, optou-se por uma observação informal de apenas algumas provas da Bateria Psicomotora. Para além disto, optou-se pela organização de uma atividade, de acordo com os interesses da criança, no sentido de complementar a avaliação formal e observar a criança ao nível da relação e comunicação, dadas as suas dificuldades iniciais neste âmbito.

Deste modo, não foi possível contabilizar os resultados da Bateria Psicomotora, por falta de dados, pelo que no gráfico em baixo, apenas são apresentados os resultados brutos totais, dos subtestes que foram possíveis de aplicar do TPMBO-2.

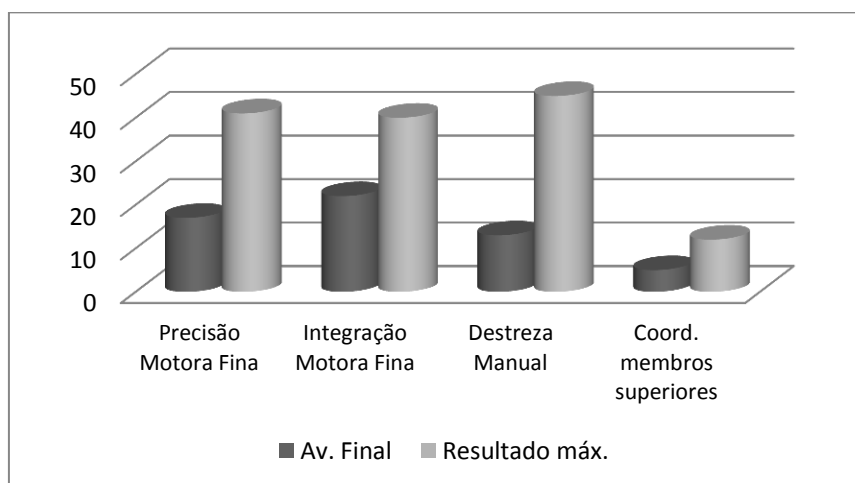


Figura 16 - Cotação TPMBO-2 G.M., resultados brutos totais

Passando primeiramente à análise da avaliação formal, na **motricidade fina**, o G.M. realizou a maioria das tarefas de precisão motora fina com cuidado e empenho, revelando uma adequada prestação no recorte, assim como no labirinto acidentado, obtendo em ambas as tarefas, 5 em 7 pontos. Todavia, no preenchimento de formas (círculo e estrela), teve dificuldades em controlar o traço, não respeitando os limites, bem

como ao nível dos labirintos mais estreitos e nas tarefas de dobrar o papel, nas quais não obteve sucesso. Concluiu este subteste com 17 pontos, num total de 41. Na integração motora fina, realizou com facilidade as formas iniciais (círculo, quadrado, círculos sobrepostos, triângulo, linha ondulada), mas com o complexificar das imagens, não conseguiu obter sucesso. Reuniu um total de 22 pontos, cerca de metade da pontuação máxima (40 pontos) que poderia ser obtida. Na destreza manual, compreendeu as tarefas, mas apresentou dificuldades em cumprir as instruções, principalmente nas atividades que requerem a utilização de ambas as mãos (item “transferir moedas”), tendo tendência para apenas utilizar a mão dominante. De um modo geral, observou-se lentidão na execução motora, apresentando resultados mais baixos na tarefa “enfiar blocos”. Obtém assim, neste subteste, 13 pontos, num total de 45.

Ao nível da **motricidade global**, o G.M. revelou um desempenho adequado na coordenação simultânea dos membros superiores (largar e apanhar a bola com as duas mãos), mas quando observada a coordenação alternada (driblar), não conseguiu obter sucesso, manifestando dificuldades também ao nível da compreensão do que era pedido, driblando apenas com uma mão.

Relativamente ao **equilíbrio**, foi possível observar algumas situações de controlo do corpo em movimento. O G.M., apesar do receio inicial e da presença de desequilíbrios, caminhou sobre uma superfície mais estreita e elevada (trave), com o auxílio do avaliador. Para além disso, foi capaz de saltar em apoio unipodal e a pés juntos, embora com algum desinvestimento, ou seja, não mantém as mãos na cintura, nem segue uma trajetória. Apesar disto, revelou um maior controlo e segurança nos saltos a pés juntos, quando comparado com os saltos com apoio num pé, nos quais evidenciou reequilibrações.

Da observação em contexto de jogo, o G.M., apesar de ainda dispersar facilmente a sua atenção, está mais interativo, envolvendo-se numa atividade conjunta, sorrindo e estabelecendo contacto verbal e ocular com o avaliador. Partilha os materiais e integra o outro nas atividades (e.g. recebe uma bola e lança-a de novo para o outro). Permanece ainda muito tempo numa só atividade do seu interesse (piscina de bolas), mas quando lhe são dadas outras opções de escolha, o G.M. revela maior interesse em explorar outros materiais, realizando pedidos do que gostaria de fazer (e.g. andar no baloiço). Para além disso, colabora na colocação do material necessário para a atividade e aceita desenhar uma atividade vivenciada na sala, embora o desenho seja ainda muito imaturo e pobre em conteúdo.

Em suma, o G.M. apresentou algumas dificuldades motoras, que se prendem ao nível do controlo global do corpo e do controlo dos movimentos dos dedos e mãos, que em parte, poderão estar relacionadas com o seu nível de atenção e disponibilidade. Apesar disto, evoluiu na relação, apresentando-se mais colaborador e interativo com o avaliador.

S.N.

O S.N. foi reavaliado com 6 anos e 2 meses. Ao longo da reavaliação revelou um comportamento adequado, não se recusando a realizar as tarefas propostas, aderindo ao que lhe era pedido, permitindo assim a observação de um maior número de componentes, que não foram possíveis de observar inicialmente. Porém, ainda dispersa facilmente a sua atenção, o que em parte, também poderá ter prejudicado a sua prestação.

A figura 17 representa os resultados brutos totais de cada subteste do TPMBO-2, da avaliação inicial e da final.

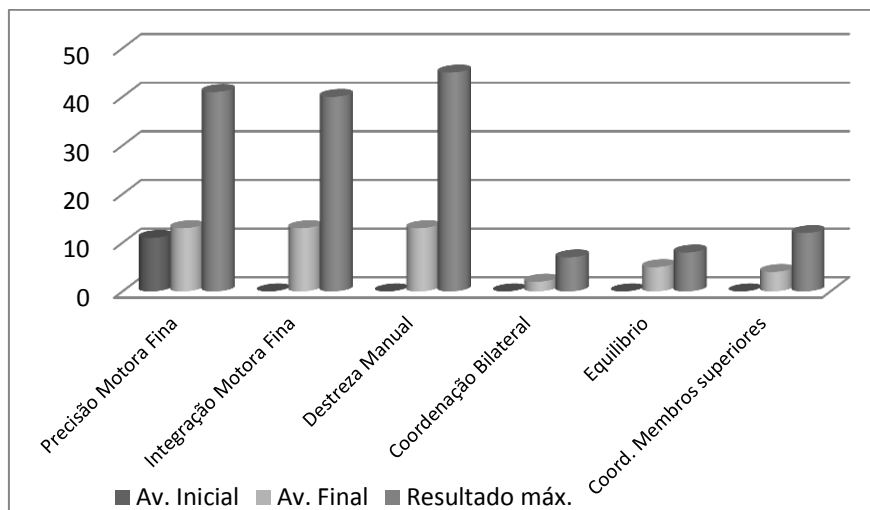


Figura 17- Cotação TPMBO-2 S.N, resultados brutos totais.

Relativamente à Bateria Psicomotora, a análise dos resultados apenas terá em consideração os dados obtidos na avaliação final, dado que na avaliação inicial, o S.N. mostrou-se indisponível em colaborar. Desde modo, a maioria das atividades encontravam-se sem registo completo, não possibilitando assim a contabilização dos resultados.

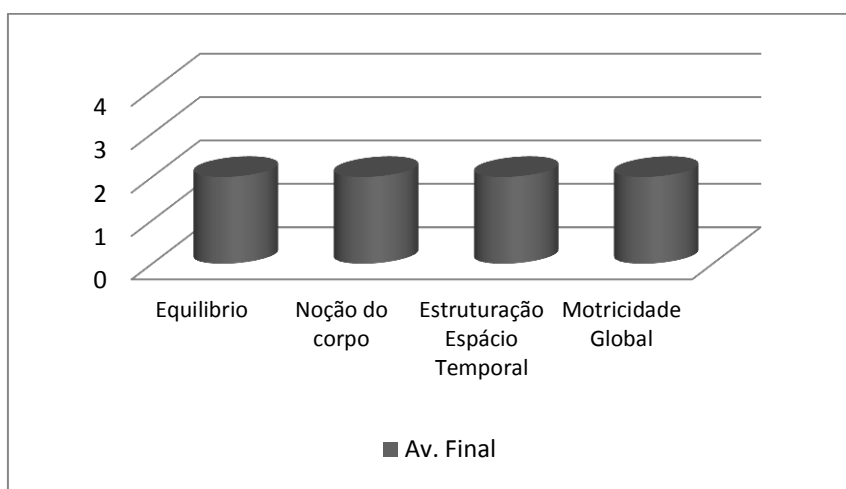


Figura 18 - Cotação BPM S.N, valores médios obtidos em cada área.

Na **motricidade fina**, apesar de ainda se verificarem dificuldades globais no controlo dos movimentos das mãos e dos dedos, o S.N. apresentou uma melhor prestação em todos os subtestes, como se observa no gráfico da figura 17. Melhorou na precisão motora fina, nas atividades de desenhar linhas em labirintos e ligação de pontos. Na integração motora fina, representou um maior número de figuras (e.g. círculo, triângulo, losango). Deste modo, completou os subtestes da precisão motora fina e integração motora fina com um total de 13 pontos cada um, enquanto na avaliação inicial tinha obtido 11 e 0 pontos, respetivamente. Na destreza manual, ficou envolvido nas tarefas, mas revelou dificuldades, tanto na compreensão como na execução motora de atividades que requerem a manipulação de ambas as mãos (transferir moedas). Nas restantes tarefas que exigiam apenas a utilização da mão dominante, observou-se lentidão na execução motora e, por vezes, dificuldade em inibir o movimento da mão não-dominante. Apesar

disto, completou este subteste com 13 pontos, sendo que na avaliação inicial tinha-se recusado a realizar estas tarefas.

No **controle do corpo**, no segundo momento de avaliação, foi possível observar a coordenação bilateral, na qual o S.N. revelou dificuldades em coordenar os pés e os dedos de forma sincronizada, começando por realizar de forma correta, mas posteriormente, com a repetição, não consegue obter sucesso. Ao nível do equilíbrio, mantém as suas dificuldades no controle do corpo imóvel, observando-se desequilíbrios e movimentos exagerados do corpo, tanto em situações de maior base de sustentação, como de menor. Porém, desta vez, foi também possível observar o equilíbrio dinâmico, verificando-se que nas tarefas mais simples, como o caminhar em linha reta e o saltar a pés juntos seguindo uma trajetória, o S.N. realiza-as com alguma facilidade. Com a redução da base de sustentação (saltos a pé coxinho e caminhar sobre uma trave), há uma maior tendência para o desequilíbrio e a necessidade de recorrer ao apoio do avaliador.

Na **noção do corpo**, identificou a maioria das partes do corpo, reconhecendo a direita e esquerda em si. Contudo, na identificação no outro ainda revela algumas dificuldades. No desenho do corpo, revela um traço ainda imaturo e uma figura pobre em pormenores anatómicos, mas apesar disto, investe na tarefa.

Na **estruturação espaço-temporal**, foram observadas as tarefas organização e representação topográfica. O S.N. mantém as suas dificuldades no cálculo das distâncias, uma vez que é uma atividade que requer um maior nível de atenção e abstração. Apresenta dificuldade em completar a tarefa até ao fim, necessitando de orientação e reforço. Na representação topográfica, apresenta dificuldades em manter a atenção, observando-se consequentemente desorientações espaciais, mas com a ajuda do avaliador, consegue compreender mais facilmente a tarefa e obter sucesso.

Na **motricidade global**, o S.N. revelou ligeiras melhorias ao nível da coordenação dos membros superiores, como é possível observar pela figura 17. Das tarefas da BPM, observaram-se melhorias ao nível do planeamento motor na coordenação óculo-podal, mas na coordenação óculo-manual ainda tem muitas dificuldades.

De um modo geral, o S.N. apresenta um perfil psicomotor homogéneo e abaixo do esperado para a sua idade. Contudo, revelou um maior investimento e colaboração, e uma maior capacidade para permanecer nas tarefas e esperar pelas instruções. Necessita ainda de orientação para o ajudar a manter a sua atenção por períodos de tempo prolongados.

2.2.4.2. Escala de Avaliação do Temperamento e Comportamento Atípico

Após a entrega dos questionários preenchidos pelos pais, procedeu-se a uma quantificação dos resultados brutos obtidos nas subescalas referentes a cada um dos perfis de temperamento. Posto isto, construíram-se gráficos que visaram comparar os resultados obtidos na avaliação inicial e na final, para cada criança.

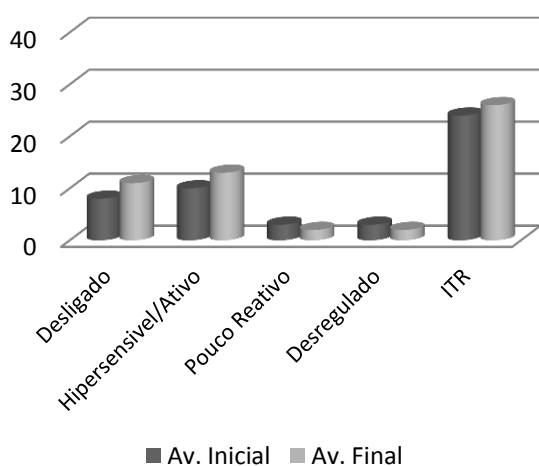


Figura 19 - Cotação TABS Assessment tool C.C.

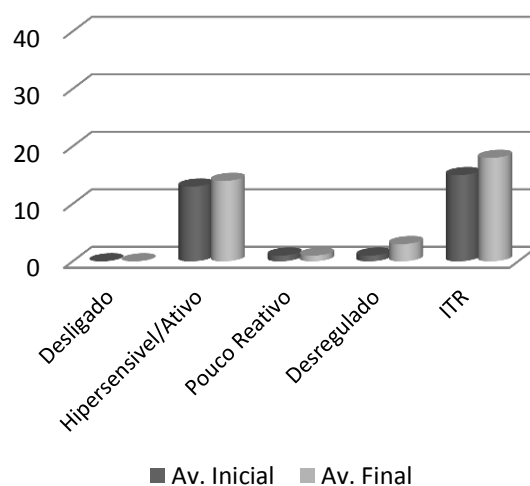


Figura 20 - Cotação TABS Assessment tool D.M.

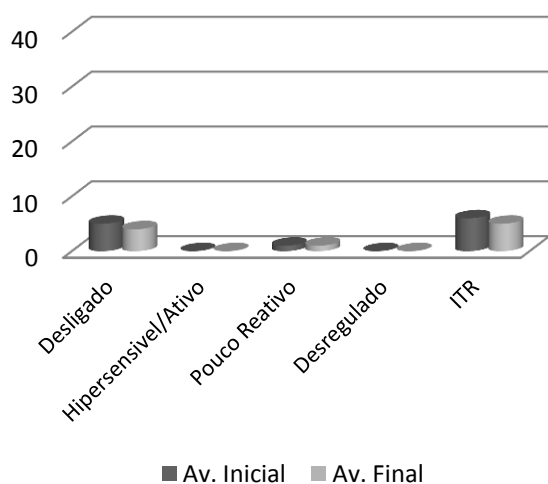


Figura 21 - Cotação TABS Assessment tool G.M.

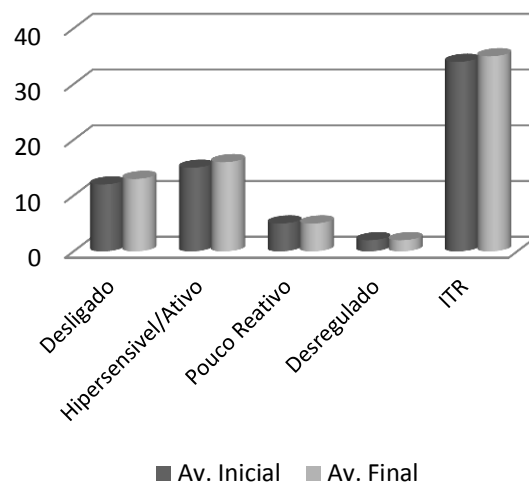


Figura 22 - Cotação TABS Assessment tool S.N.

Pela observação das figuras acima apresentadas, verifica-se que, à semelhança da avaliação inicial, o C.C. e o S.N. são os que apresentam um maior Índice de Temperamento e Autorregulação, apresentando assim um maior número de comportamentos problemáticos e preocupantes para a família.

Todavia, não foram observadas diferenças significativas da avaliação inicial para a final, mantendo-se os mesmos perfis de temperamento. Além disso, verificou-se um aumento dos valores de ITR e dos resultados brutos dos perfis de temperamento, em todas as crianças, à exceção do G.M. no qual se verificou uma ligeira diminuição dos comportamentos atípicos (figura 21). É de referir que os resultados obtidos podem estar relacionados com o contexto em que estes se observam, bem como de acordo com a própria percepção dos pais e a sua forma de lidar com os comportamentos. Em contexto familiar, muitos dos comportamentos podem manifestar-se, não se evidenciando tanto

num contexto de intervenção de grupo, com um reduzido número de crianças, num ambiente envolvente e estruturado.

No **C.C.**, apesar de ter diminuído alguns comportamentos ao nível dos perfis pouco reativo e desregulado, ao nível do hipersensível/ativo e do perfil desligado, verificou-se um aumento dos comportamentos observados. Porém, muitos dos comportamentos salientados pelos pais ao nível do perfil hipersensível/ativo e, descritos anteriormente, na avaliação inicial, não se manifestaram no contexto de grupo. Neste contexto, o C.C. é uma criança que exige alguma atenção continuamente e que, por vezes, é impulsiva. Todavia, comportamentos de irrequietude motora e recusa em fazer aquilo que lhe é pedido, não se manifestaram. No perfil desligado, o *flapping* e o interesse em demasia por um objeto, observaram-se também em contexto de grupo, mas no que toca às restantes preocupações dos pais, nas sessões, o C.C., entra facilmente no contacto social com os outros, permanecendo nas atividades conjuntas, não parecendo assim cumprir todos os critérios de um perfil desligado.

No **D.M.**, a perceção familiar aponta também para comportamentos do perfil hipersensível/ativo, e na segunda aplicação do questionário foram também assinalados comportamentos do tipo desregulado, nas questões mais relacionadas com o sono (chorar durante o sono sem se deixar confortar e, assustar-se com os sonhos à noite). No perfil hipersensível/ativo, os comportamentos mencionados pelos pais, no contexto com os pares, não se observaram. Estas diferenças podem estar relacionadas com o facto de um ambiente desconhecido e novo para o D.M., como o grupo terapêutico, criar algum receio e inibição inicial. Contudo, mesmo com o progredir das sessões e um maior à vontade com os pares, estes comportamentos não se verificaram, apresentando um comportamento adequado e cumpridor das regras, o que leva a concluir que, as dificuldades da criança possam ser potenciadas pelo ambiente e estrutura familiar e, minimizadas num ambiente com outras crianças e num tipo de funcionamento diferente.

Quanto ao **G.M.**, os comportamentos indicados no tipo de temperamento desligado, vão de encontro ao que se observou em contexto de grupo, pelas suas iniciais dificuldades em interagir com os outros e tendência para brincar sozinho. Todavia, os pais consideram que alguns dos comportamentos inicialmente assinalados, têm vindo a diminuir. Apesar da perceção da família, ao nível desta melhoria, estar de acordo com o que também se observou na intervenção, os pais, parecem estar pouco conscientes das dificuldades do seu filho, hesitando muito nas respostas, parecendo ter algum receio em afirmar alguns comportamentos, não considerando também nenhum, como uma preocupação especial.

O **S.N.** é a criança que apresenta um valor mais elevado de ITR. É descrito de forma muito negativa pelos pais, os quais referem ter muita dificuldade em lidar, principalmente, com os comportamentos agressivos, que têm vindo a aumentar (perfil hipersensível/ativo). Esta perceção negativa e a forma como os pais possam estar a lidar com estas situações (e.g., uma menor disponibilidade para a criança), pode influenciar os problemas de comportamento, bem como afetar o relacionamento dos pais com o S.N., o qual parece ser um pouco hostil. Em contexto de grupo, apesar de alguns dos comportamentos salientados pela família no perfil hipersensível/ativo, se verificarem (e.g. recusar fazer o que lhe é pedido, irrequietude motora, dificuldade em esperar), o S.N. tem vindo a reduzir os comportamentos de oposição-desafio e a sua impulsividade, apresentando-se mais calmo e organizado, melhorando também em alguns comportamentos do perfil desligado (iniciar o jogo com os outros, resistir o olhar do outro).

2.2.4.3. Escala de Avaliação das Relações entre Pares

Tabela 10 - Cotação da Escala de Avaliação das Relações entre Pares

Comportamentos	C.C.		D.M.		G.M.		S.N	
	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final
1. A criança tende a estar desocupada (desocupado)	1	1	2	1	3	2	1	1
2. A criança brinca com materiais mas fá-lo apenas sozinho (jogo solitário)	1	1	2	0	4	2	1	1
3. A criança brinca perto dos pares, usando materiais similares (jogo paralelo)	2	4	2	4	1	2	2	3
4. A criança quando não está a brincar com materiais, observa ativamente as atividades das outras crianças (espetador).	2	2	3	4	1	1	1	1
5. A criança apercebe-se mas, depois, ignora as aproximações e iniciativas de outros (ignora)	1	0	1	0	3	2	1	1
6. A criança parece não se aperceber das iniciativas dos outros (inconsciente)	1	1	1	1	4	3	1	1
7. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se em respostas ou trocas simples e breves (habitualmente não mais de duas interações por criança) (breves trocas).	2	4	2	4	1	2	2	4
8. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se em inversões de papéis durante jogos sociais (jogo complementar ou recíproco).	3	3	3	3	1	2	2	2
9. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se num jogo social fingido ("faz de conta") que inclui comunicação explícita (planeamento e negociações) sobre temas e desempenho de papéis (jogo social complexo).	3	4	2	4	1	2	2	2
10. A criança obtém a atenção dos outros	3	2	1	1	1	2	3	2
11. A criança adquire os materiais dos outros	2	1	1	1	1	1	2	1
12. A criança para uma atividade entre pares	1	1	1	0	2	2	1	1
13. A criança dá ou obtém afeto	0	2	0	2	0	2	0	1
14. A criança pede permissão a outras crianças	0	3	0	0	0	3	0	0
15. Geralmente envolve-se no contacto social	3	4	2	4	1	2	3	4
16. A criança propõe atividades conjuntas	2	2	1	3	0	1	1	1
17. Os pares respondem aos pedidos da criança quando esta pede ajuda	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Os pares reconhecem ou respeitam os pedidos de intervenção da criança	2	3	2	3	0	2	2	3

19. Os pares respondem apropriadamente a pedidos de clarificação da criança	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Os pares respondem aos esforços da criança para obter a sua atenção	2	2	1	2	1	2	2	2
21. A criança fica ansiosa quando abordada por outros, demonstrando-o através de gestos, expressões faciais ou afastamentos	1	1	2	1	4	2	1	1
22. A criança rejeita, veemente, incursões sociais pelos pares	1	0	1	0	3	0	1	0
23. A criança brinca com considerável entusiasmo e expressividade	4	4	2	4	2	4	3	3
24. A criança fica zangada ou hostil durante as interações com os pares	1	0	1	0	1	0	1	0
25. A criança rodeia os outros no jogo, com reações que oscilam entre a aproximação e o afastamento (vacila)	1	1	1	1	3	2	1	1
26. A criança responde positivamente, retribuindo de uma forma razoável as iniciativas dos pares	3	4	3	4	1	3	2	3
27. A criança responde de uma forma positiva às interações dos pares, mas de forma silenciosa ou retardada.	2	1	3	1	1	1	2	1
28. As interações com os pares parecem ocorrer rapidamente e sem pensar muito (resposta impulsiva)	3	1	1	1	1	1	3	1
29. A criança desorganiza-se e fica zangada durante as interações com os pares	0	0	0	0	0	0	0	0
30. A criança fica calma, depois de zangada, num período de tempo razoável	0	0	0	0	0	0	0	0
31. A criança parece compreender as regras da sala, relativamente à partilha e tomada de vez.	2	3	3	4	2	3	2	2
32. A criança demonstra através de ações ou descrições um acontecimento básico de temas partilhados, envolvendo eventos quotidianos, semelhantes ao de outras crianças (e.g. festas de aniversário)	0	2	0	2	0	1	0	1

Legenda	0– Não observado/Não se aplica	1 - Raramente	2- Por vezes	3-Frequentemente	4- Quase Sempre
---------	--------------------------------	---------------	--------------	------------------	-----------------

Relativamente às relações com os pares, na tabela 10, são confrontados os resultados da avaliação inicial com os da avaliação final e, de um modo geral, verificaram-se evoluções em todas as crianças.

O **C.C.**, melhorou ao nível das questões da segurança e autoestima, revelando maior iniciativa para a realização das tarefas. Tem ainda alguma dificuldade em compreender e seguir as regras (saber esperar a sua vez ou aceitar quando não é o vencedor dos jogos), bem como ainda dispersa, por vezes, a sua atenção. Todavia, é uma criança que se envolve no contacto social com os colegas, respondendo positivamente e retribuindo de uma forma adequada às iniciativas dos pares. É capaz de se envolver em jogos simbólicos e inversões de papéis, respeitando os papéis desempenhados pelos pares.

O **D.M.** progressivamente foi ficando mais desinibido, interagindo e comunicando muito mais com os colegas. Revela uma maior iniciativa e envolvimento nas tarefas, apresentando um maior entusiasmo e expressividade. Desde modo, já não apresenta tanta tendência para estar desocupado ou para brincar sozinho, sendo também capaz de propor atividades conjuntas e ajudar os colegas durante a realização das tarefas.

Quanto ao **G.M.**, verifica-se uma maior capacidade para estar em grupo e compreender e seguir as regras dos jogos. Ainda tem, por vezes, alguns comportamentos de isolamento ou de dispersão da atenção das atividades em grupo, mas já é capaz de permanecer durante mais tempo nas tarefas com os colegas, revelando um maior envolvimento e investimento. Ao nível da comunicação também evoluiu, dirige-se aos colegas, chamando-os pelo nome e é capaz de realizar pedidos, e.g., pedir permissão para usar um determinado material, reduzindo assim os comportamentos de retirar os objetos aos colegas ou interromper as atividades em grupo.

Por fim, o **S.N.** apesar de ainda apresentar dificuldades ao nível da regulação emocional e comportamental, em contexto de grupo, ao observar os colegas a realizarem as tarefas, o S.N. foi progressivamente aderindo e investindo mais nas atividades propostas, bem como adquirindo uma maior capacidade para seguir regras e esperar a sua vez nos jogos. Tem um contacto mais próximo, desde o início, com o C.C., mas com o decorrer das sessões foi sendo capaz de interagir e comunicar mais com os restantes colegas, aceitando por vezes, em determinadas tarefas, a ajuda dos outros (pares e adultos), apesar de ainda ter algumas dificuldades em lidar com as questões da proximidade física e do dar e obter afeto.

2.3. Conclusões

A intervenção psicomotora em grupo teve como base, objetivos que remetiam para o desenvolvimento de competências necessárias para o ingresso no primeiro ano de escolaridade, uma vez que a maioria destas crianças irá frequentar o 1º ano, no próximo ano letivo.

Com recurso ao lúdico, foi possível estimular globalmente o desenvolvimento, através de um conjunto de experiências motoras e sociais. A intervenção ajudou as crianças a gerir e organizar o seu comportamento, bem como facilitou as relações com os outros, dado que foram proporcionadas oportunidades que possibilitassem o experienciar de diferentes competências sociais.

Apesar de o tempo de intervenção ter sido curto, de um modo geral, verificaram-se evoluções em todas as crianças. Do ponto de vista motor, constataram-se algumas melhorias ao nível da motricidade fina, do equilíbrio dinâmico (e.g. saltos a pés juntos, saltos com apoio num pé) e da coordenação motora.

Do ponto de vista relacional, as evoluções foram ainda mais significativas. Apesar das características individuais de cada criança e do seu próprio ritmo de aprendizagem, foi possível observar, progressivamente, um maior envolvimento nas atividades de grupo, maior colaboração e cumprimento das regras, maiores períodos de diálogo em grupo, diminuindo também os momentos de isolamento e os comportamentos de oposição. Mais importante ainda, observou-se, progressivamente, uma maior aproximação das crianças, umas com as outras, a criação de laços afetivos, sentindo-se a preocupação quando uma(s) das crianças faltava às sessões.

Assim, o grupo funcionou como uma estrutura organizativa, permitindo a partilha das dificuldades de cada um, bem como das suas competências. Este aspeto foi muito importante para a organização e regulação de cada criança, sendo que na avaliação final, todas as crianças apresentaram uma atitude mais colaborativa, investindo mais no que lhes era proposto, revelando também uma maior segurança na realização das tarefas. Neste sentido, este aspeto poderá ter influenciado a melhoria dos resultados das competências motoras.

Para além disso, o envolvimento das famílias, considera-se que foi muito benéfico, tanto para as crianças como para a própria interação entre os pais e as crianças, não só pelos feedbacks positivos que se obteve, no final da intervenção, como também, pela observação de momentos de satisfação, prazer lúdico e envolvimento ativo dos pais e das crianças, nas atividades propostas, dando-lhes oportunidade para interagirem positivamente com os seus filhos.

Posto isto, terminado o processo de intervenção, as famílias manifestaram interesse na continuação do trabalho desenvolvido, concordando com a continuação das sessões até ao final de julho, que passaram a ser acompanhadas pela estagiária de mestrado e pela Técnica responsável.



Figura 23 – Exemplos de atividades desenvolvidas com o grupo pré-escolar

Dificuldades e limitações

Ao longo do período de estágio, foi possível passar por um conjunto de experiências muito positivas de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, mas é claro que, esta aprendizagem também se desenvolveu a partir das dificuldades sentidas.

Inicialmente com a ausência da técnica no local de estágio, surgiram algumas dificuldades na integração, devido à falta de objetivos bem definidos e à impossibilidade de observar sessões de psicomotricidade, o que conduziu a uma desmotivação inicial.

Todavia, é de referir o esforço da equipa do CDC, que se disponibilizou para receber as estagiárias durante os meses de novembro e dezembro, e da Dra. Joana, que mesmo no seu período de ausência, se deslocou ao CDC para reunir, no sentido de assegurar a nossa participação nas atividades das diferentes especialidades. Este aspeto, também acabou por ser uma experiência enriquecedora, uma vez que possibilitou conhecer o trabalho desenvolvido nas outras áreas.

Após retomadas as funções da Dra. Joana, o número crescente de crianças recebidas para a Psicomotricidade, e o seu reduzido horário de trabalho, levou a uma maior autonomia da estagiária, que passou a acompanhar crianças no período da tarde. Contudo, o facto de o período de observação do trabalho da técnica ter sido reduzido, conduziu a alguns receios e inseguranças iniciais, dado tratar-se de um contexto de intervenção com o qual nunca tinha antes contactado (clínico-hospitalar), bem como a população atendida, pelo contacto reduzido ao longo da formação académica.

Apesar de as intervenções realizadas no período da tarde, não terem uma supervisão direta e um feedback sobre o desempenho da estagiária, sempre que existiam dúvidas, eram discutidas com a Psicomotricista, que sempre se mostrou disponível em dar conselhos e indicações para melhorar, ao mesmo tempo que nos fazia pensar acerca das estratégias que poderiam ser mais ou menos eficazes. Por outro lado, a ausência da técnica nas intervenções, possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da autonomia, resolução de problemas e, na capacidade de resposta a situações inesperadas. Para além disto, no contacto com as famílias, inicialmente existia algum receio, quando era necessário dar um feedback das avaliações e dos processos de intervenção, mas que aos poucos foi superado, adquirindo uma maior segurança e confiança na transmissão das informações.

Do ponto de vista da intervenção, ao longo do estágio foram surgindo algumas dificuldades nomeadamente ao nível dos instrumentos de avaliação utilizados, não só pela falta de prática na sua aplicação, como pela limitação que existe ao nível dos instrumentos utilizados para a avaliação psicomotora. Na consulta de psicomotricidade apenas é realizada uma avaliação formal das competências motoras, não existindo instrumentos que avaliem também as componentes da relação e comunicação, as quais acabam por ser apenas observadas informalmente nas sessões. Por outro lado, a versão reduzida do TPMBO-2 acaba por ser limitativa para a avaliação da motricidade global e do equilíbrio, pelo que na maioria das vezes, se tentou complementar esta avaliação com algumas provas da Bateria Psicomotora. Porém, em termos de cotação, a BPM é um pouco limitativa e subjetiva.

Deste modo, no estudo de caso do grupo pré-escolar, tentou-se complementar a avaliação da proficiência motora, com outros instrumentos que pudesse analisar as questões do temperamento e das relações entre pares, uma vez que se pretendia perceber de que forma as características individuais de cada criança poderiam afetar as interações sociais. Apesar de ambos os instrumentos utilizados (*TABS Assessment Tool* e *Assessment of Peer Relations*) serem úteis para o despiste de comportamentos atípicos

e de dificuldades nas relações com os pares, ambos têm vantagens e desvantagens, como é normal em qualquer tipo de instrumento de avaliação. No caso do *Assesment of Peer Relations* é um instrumento também subjetivo, uma vez que depende da interpretação que é dada a cada uma das afirmações, bem como do olhar de quem observa os comportamentos. No *TABS Assessment Tool*, os pais sentiram algumas dificuldades no preenchimento do questionário, uma vez que a escala oferece uma reduzida opção de resposta (sim/não), sentindo a necessidade de especificar mais a frequência dos comportamentos (e.g. raramente, por vezes, frequentemente, sempre).

Para além destes aspetos, sentiram-se também algumas dificuldades ao nível da utilização da sala de Psicomotricidade, dadas as dificuldades iniciais em conciliar os horários com as Terapeutas Ocupacionais, com as quais se partilha o espaço; ao nível da aplicação de estratégias eficazes para contornar alguns comportamentos das crianças, principalmente na intervenção em grupo, na qual por vezes, era mais difícil gerir o comportamento das crianças, sendo que aqui foi muito importante poder contar com o apoio da colega de 1º ciclo e; por fim, inicialmente, também foram sentidas algumas dificuldades no desenvolvimento de atividades que motivassem a criança e que, ao mesmo tempo, fossem de encontro aos objetivos estabelecidos.

Em suma, todas estas dificuldades e limitações acima mencionadas representam também o adquirir de novas aprendizagens e competências, ao nível do desenvolvimento do espírito crítico, da capacidade de adaptação a diferentes situações, bem como da capacidade para trabalhar em equipa multidisciplinar. Neste sentido, foi possível alcançar as expectativas inicialmente estabelecidas, através de um trabalho conjunto com os vários técnicos do CDC e, em especial, pelo apoio e acompanhamento da Dra. Joana Carvalho.

Conclusão

Ao longo deste documento, foram apresentadas e caracterizadas as experiências vivenciadas durante a prática profissional realizada no Centro de Desenvolvimento da Criança. Deste modo, nesta etapa pretende-se refletir acerca do que estas experiências significaram para mim, tanto do ponto de vista pessoal como profissional.

Do ponto de vista pessoal, o estágio deu-me a oportunidade de conhecer a dinâmica de funcionamento de um contexto clínico-hospital e de que forma, a Psicomotricidade, enquanto área profissional, pode oferecer um contributo e uma resposta adequada a crianças com as mais variadas particularidades ao nível do desenvolvimento. O contacto com diferentes problemáticas e situações desafiantes, bem como com diferentes abordagens de intervenção (individual e de grupo), permitiu o consolidar de conhecimentos adquiridos na minha formação académica, mas mais importante ainda, permitiu desenvolver e descobrir novas competências em mim, que até ao momento, me eram desconhecidas.

Aprendi a valorizar as pequenas aquisições das crianças, que no fundo acabam por ser grandes conquistas. É importante partir dos interesses da criança, partir daquilo que já consegue fazer, de modo a criar um ambiente envolvente, prazeroso e de confiança, para que mais tarde, a criança consiga mostrar as suas dificuldades e assim, intervir-se, de modo a que o seu desenvolvimento ocorra de uma forma mais harmoniosa.

O trabalho realizado em conjunto com a estagiária de 1º ciclo, bem como a articulação com os estagiários de outras áreas, nomeadamente de Psicologia, foi muito positivo, uma vez que nos prepara para o trabalho em equipa, a capacidade para saber ouvir, trocar e partilhar ideias e conhecimentos, possibilitando assim, a discussão acerca do que é melhor para uma dada criança e para a sua família, de modo a proporcionar uma resposta o mais adequada possível.

Por outro lado, o trabalho de carácter individual, também foi bastante positivo a nível profissional, uma vez que, permitiu superar os meus receios iniciais e desenvolver uma maior confiança, autonomia e competências de flexibilidade e adaptabilidade a cada criança. Apesar disto, no Centro, é privilegiada a intervenção em grupo, a qual eu também considero ser uma resposta mais eficaz, para algumas crianças, uma vez que permite o desenvolvimento de competências necessárias na relação com os outros, ao mesmo tempo que também são desenvolvidas competências psicomotoras.

Neste sentido, o balanço deste ano letivo é bastante positivo. Aprofundaram-se as competências estabelecidas como objetivos do RACP de observação e avaliação do desenvolvimento psicomotor, de criação, aplicação e avaliação de planos pedagógico-terapêuticos. Para além disto, as competências adquiridas não foram apenas ao nível da psicomotricidade, uma vez que o envolvimento nas atividades formativas do CDC permitiu alargar horizontes, conhecendo o trabalho desenvolvido por outros profissionais e adquirindo conhecimentos, tendo por base as diferentes temáticas, abordadas nas reuniões de equipa.

As conquistas pessoais e profissionais constituíram assim um grande passo na minha formação pessoal e profissional. Foi uma experiência muito enriquecedora, através de meses de dedicação e empenho, nos quais foi crescendo um sentimento de gratificação por ter contribuído para o desenvolvimento das crianças que acompanhei. Os sorrisos e os olhares de cada criança, cada vez mais me motivavam a querer continuar a investir nesta área, através de mais formação e prática clínica, para no futuro, poder continuar a contribuir positivamente na vida de crianças com perturbações do desenvolvimento e suas famílias.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicomossoma.
- Almeida, C. (2000). A importância da Intervenção Precoce no actual contexto sócio-educativo. *Cadernos CEAF*, 55-74.
- Almeida, C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(22), 65-72.
- Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington D.C.: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington D.C.: Climepsi Editores.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2012). *Psicomotricidade*. Obtido em 31 de janeiro de 2014, de Associação Portuguesa de Psicomotricidade: <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- Bermudez, R. (2013). Avaliação dos Benefícios da Psicomotricidade na Educação Infantil. Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Licenciatura em Educação Física. Brasília: Faculdade de Ciências de Educação e Saúde.
- Bhat, A., Landa, R., & Galloway, J. (2011). Current perspectives on motor functioning in infants, children, and adults with autism spectrum disorders. *Physical Therapy*, 91(7), 1116-1129.
- Boavida, J. (2012). Base Neurológica da Intervenção Precoce. *Revista Diversidades* (35), 4-12.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruder, M. B. (2010). Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future. *Exceptional Children*, 76(3), 339-355.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency* (2nd ed.). Bloomington: Pearson Assessments.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.
- Carvalho, J. (2011). Avaliação da proficiência motora em crianças: estudo da validade clínica do teste de Proficiência motora Bruininks-Oseretsky numa população de crianças, entre os 5 e 7 anos de idade, com perturbações do desenvolvimento. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento da Criança na variante de Desenvolvimento Motor. Cruz-Quebrada: FMH-UTL

- CDC-HGO (2009). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva. Consultado em <http://www.cdc-hgo.com>
- Clark, M., Gumbiner, L. M., Russo, N. M., & Lipton, M. (2009). Social-Emotional Learning Skill, Self-Regulation, and Social Competence in Typically Developing and Clinic-Referred Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 858-871.
- Cohen, L., & Spenciner, L. (2009). Teaching Students with Mild and Moderate Disabilities - Research-Based Practices. USA: Pearson Education, Inc.
- Correia, L. M., & Serrano, A. M. (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Correia, E. (2012). Proficiência motora em crianças e jovens com síndrome de Asperger: estudo descritivo e comparativo do perfil motor de crianças e jovens com síndrome de Asperger com base na bateria de testes de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky. Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora. Cruz-Quebrada: FMH-UL
- Corsello, C. (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children*, 18(2), 565-570.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança, Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Coutinho, M. (1996). Intervenção Precoce: Dificuldades, Necessidades e Expectativas das Famílias. *Integrar* (10), 5-16.
- Crnicek, K., Hoffman, C., Gaze, C., & Edelbrock, C. (2004). Understanding the Emergence of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delays. *Infants and Young Children*, 17(3), 223-235.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série - Nº 193 - 6 de outubro de 2009, 7298-7301.
- Ferreira, J. (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.
- Fondation Paint a Smile (2000 – 2008). Mission. Consultado em <http://www.paintasmile.org/v2/pop-mission.php?lan=FR>
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade, Perspectivas Multidisciplinares* (1ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18, 42-52.
- Fontes, A. (2013). Desenvolvimento Psicomotor em Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo e Desenvolvimento Típico : Um Estudo Comparativo. Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora. Cruz-Quebrada: FMH-UL.

- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Franco, V., Melo, M., & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. *Educar em Revista*, 49-69.
- Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). The Human Ecology of Early Intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp. 76-93). Cambridge : Cambridge University Press.
- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., & Marques, J. D. (2011). Intervenção Precoce: o processo de construção de boas práticas (Relatório final). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guralnick, M. (1997). Second-Generation Research in the Field of Early Intervention. In M. Guralnick, *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 3-17). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. (1999). Family and Child Influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 5, 21-29.
- Guralnick, M. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.
- Guralnick M. (2003). Assessment of peer relations. Washington: Child Development and Mental Retardation Center - University of Washington. Disponível em: https://depts.washington.edu/isei/ptnl/upload/Assessment_Peer_Relations2003.pdf
- Guralnick, M. (2010). Early Intervention Approaches to Enhance the Peer-Related Social Competence of Young Children With Developmental Delays - A Historical Perspective. *Infants and Young Children*, 23(2), 73-83.
- Guralnick, M. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28.
- Hanson, M. J., & Lynen, E. W. (1995). *Early Intervention. Implementing Child and Family Services for Infants and Toddlers Who Are At Risk or Disabled* (2nd ed.). Texas: Pro-Ed.
- Konstantareas, M. M., & Stewart, K. (2006). Affect Regulation and Temperament in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(2), 143-154.
- Marques, J., Castro, M., Gonçalves, P., & Martins, R. (2012). Grelha de Observação do Comportamento. Grelha desenvolvida no Núcleo de estágio em Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- McDonald, L., Rennie, A., Tolmie, J., Galloway, P., & McWilliam, R. (2006). Investigation of global developmental delay. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 701-705.

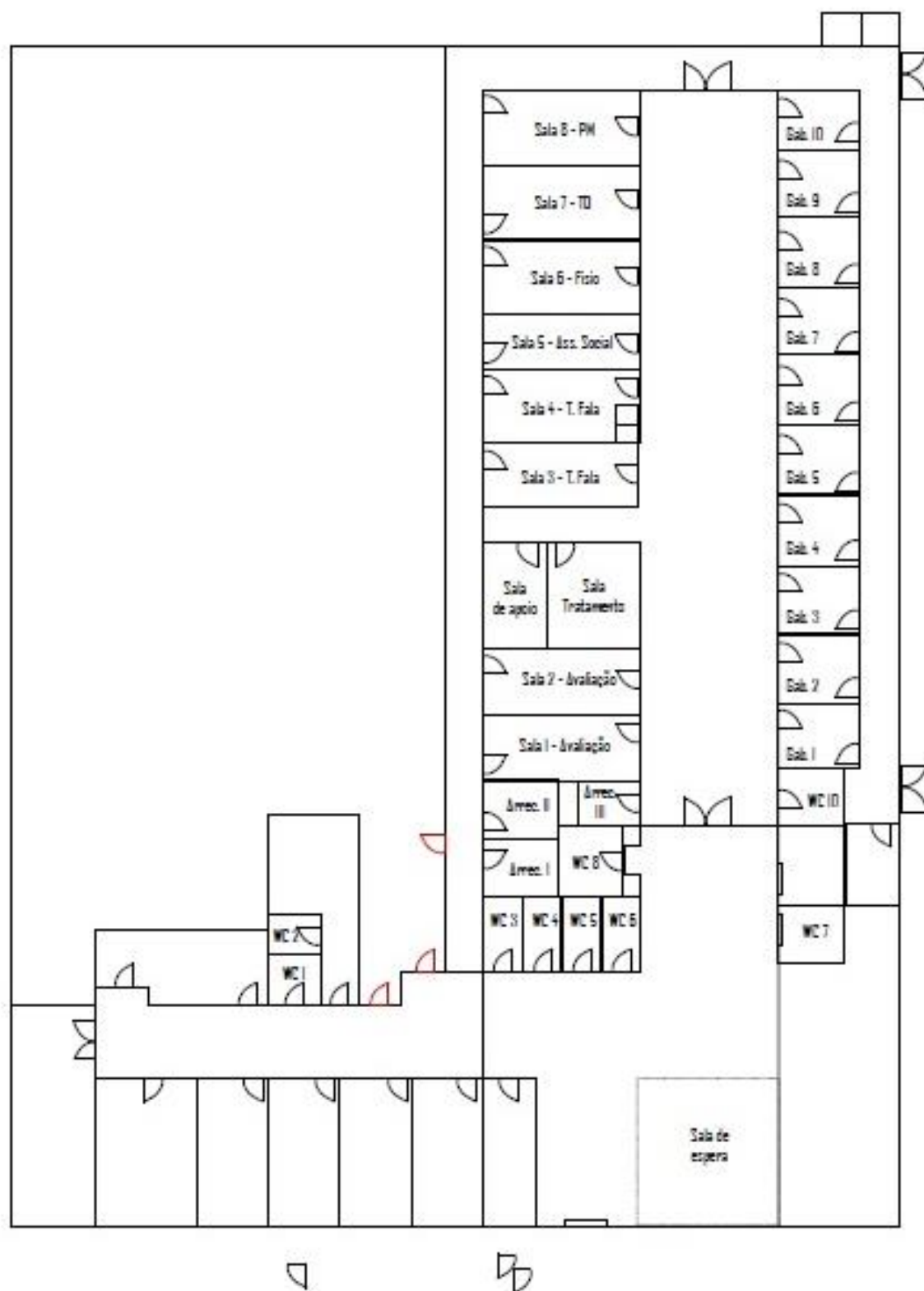
- Ming, X., Brimacombe, M., & Wagner, G. (2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 29(9), 565-570.
- Morgan, T. A. (2012). Links between temperament and behavioral function. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica. University of Iowa. Retirado de <http://ir.uiowa.edu/etd/3501/>
- National Scientific Council on the Developing Child. (2004). Young Children Develop in an Environment of Relationships [Working Paper n.º 1]. Center on the Developing Child at Harvard University.
- Neisworth, J. T.; Bagnato, S. J.; Salvia, J.; Hunt, F. M. (1999). Manual for the Temperament and Atypical Behavior Scale. Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction. Paul H. Brooks Publishing Co.: Baltimore.
- Oliveira, R., Rodrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J., & Fernandes, B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/Déficite Intelectual. *Saúde Infantil*, 34(3), 5-10.
- Onofre, P. S. (2004). *A Criança...e a sua Psicomotricidade...uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Pan, C., Tsai, C., & Chu, C. (2009). Fundamental movement skills in children diagnosed with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(12), 1694-1705.
- Pereira, E. (1996). *Autismo: o significado como processo central*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades* (27), 4-10.
- Pereira, A. P., & Serrano, A. M. (2010). Intervenção Precoce em Portugal: evidências e consequências. *Inclusão* (10), 101-120.
- Perna, R., & Loughan, A. (2013). Early Developmental Delays: A Cross Validation Study. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 1(2), 1-5.
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., Almeida, I., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., . . . Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early Childhood Intervention in Portugal. An Overview Based on the Developmental Systems Model. *Infants and Young Children*, 25(4), 310-322.
- Provost, B., Heimerl, S., & Lopez, B. (2007). Levels of Gross and Fine Motor Development in Young Children with autism spectrum disorders. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(3), 21-36.
- Provost, B., Lopez, B., & Heimerl, S. (2006). A comparison of motor delays in young children: autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 321-328.
- RAND Labor and Population. (2005). Proven Benefits of Early Childhood Interventions. In Lynn, M. R., & Karoly, A., *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise*. RAND Corporation.
- Riaño, B. S. (2002). *Estrategias Psicomotoras*. México: Editorial Limusa.

- Riou, E., Ghosh, S., Francoeur, E., & Shevell, M. (2009). Global developmental delay and its relationship to cognitive skills. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 600–606.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 114-119.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional Regulation: The Development Ecology of Early Intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge : Cambridge University Press.
- Sanson, A., Hemphill, S. A., & Smart, D. (2004). Connections between Temperament and Social Development: A Review. *Social Development*, 13(1), 142-170.
- Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educação Inclusiva*, 4(1), 1-19.
- Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D.,....Sheth, R. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60, 367-380
- Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R., Webster, R., & Birnbaum, R. (2005a). Developmental and Functional Outcomes at School Age of Preschool Children With Global Developmental Delay. *Journal of Child Neurology*, 20, 648–654.
- Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R., Webster, R., & Birnbaum, R. (2005b). Developmental and functional outcomes in children with global developmental delay or developmental language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 678–683.
- Shonkoff, J., & Meisels, S. (2000). Early Childhood Intervention: A continuing evolution. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp. 3-34). Cambridge : Cambridge University Press.
- Silva, E., & Albuquerque, C. (2011). Atraso do Desenvolvimento: a imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 12(1), 19-39.
- Soares, D. M., Ribeiro, M. M., Caleiro, M. F., Lima, M. M., & Luz, S. I. (2012). Intervenção Precoce: intervenção junto da criança e da família. Obtido de O Portal dos Psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0290.pdf>
- Squires, J. (2003). *The Importance of Early Identification of Social and Emotional Difficulties In Preschool Children*. Oregon, USA: Center on Human Development, University of Oregon.
- Srour, M., Mazer, B., & Shevell, M. (2006). Analysis of Clinical Features Predicting Etiologic Yield in the Assessment of Global Developmental Delay. *Pediatrics*, 118(1), 139-145.
- Staples, K., & Reid, G. (2010). Fundamental movement skills and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 209-217.

- Sturm, L. (2004). Temperament in early childhood: a primer for the perplexed. *Zero to Three*, 4-11.
- Tegethof, M. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor.
- Teles, P. (2007). Síndrome de Asperger Déficit de Empatia. *Revista Diversidades*(15), 10-13.
- Tirosh, E., & Jaffe, M. (2011). Global Developmental Delay and Mental Retardation - a pediatric perspective. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17, 85–92.
- Valles, N.-L. (2012). The moderating role of child temperament in the relation between harsh and deficient parenting and child aggressive behaviors. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica. University Iowa. Retirado de <http://ir.uiowa.edu/etd/3396/>
- Webster-Stratton, C., & Eyberg, S. M. (1982). Child Temperament: Relationship with child behavior problems and parent-child interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11(2), 123-129.
- Whyatt, C., & Craig, C. (2012). Motor skills in children aged 7-10 years, diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1799-1809.
- Wong, V. (2011). Global developmental delay – a delay in development of terminology. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 585.
- Zentner, M., & Bates, J. (2008). Child Temperament: An Integrative Review of Concepts, Research Programs, and Measures. *European Journal of Developmental Science*, 2(1/2), 7-37.

Anexos

Anexo I – Planta do CDC



Anexo II – Lista de Materiais da sala de Psicomotricidade

Lista de Materiais presentes na Sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade		
1 Piscina de bolas	Bolas de várias dimensões e texturas	1 Espelho
1 Banco sueco	1 Rede de bolas	1 Quadro Branco
Cones	Túnel acolchoado	1 Trampolim
Bastões	4 Colchões pequenos	1 Túnel de plástico
Arcos	2 Baloços	2 pares de Andas
3 Traves azuis	2 Colchões grandes	1 Relógio
1 Trave de ferro para pendurar os baloços	1 Espalдар	Jogos lúdicos e didáticos
Legos e outras peças de encaixe	Bowling	Argolas
1 Computador infantil	Brinquedos multifuncionais	1 Dado almofadado
Jogos de abotoamentos	Esponjas, com o formato de várias figuras geométricas	Espadas de brincar
Instrumentos Musicais	5 Triciclos	Formas de mãos e pés aderentes ao chão
Livros infantis	1 Submarino insuflável	Raquetes e respetiva bola
Blocos para encaixar	Sacos com vários pesos	Materiais com diferentes texturas
Cordas	Material de artes plásticas (plasticinas, pinturas faciais, pincéis, canetas de filtro, lápis de cor, lápis de cera, tintas e cartolinas)	

Anexo III – Crianças acompanhadas em Psicomotricidade

Nome	Data de Nascimento	Consulta	Motivo da Consulta	Diagnóstico	Intervenção	Observações
A.R.	09-05-2007	Desenvolvimento	Dificuldades de coordenação motora e motricidade fina	S. Asperger	Observação passiva	Intervenção com a técnica
A.M.	22-01-2008	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem e dificuldade de coordenação motora e motricidade fina	-----	Observação inicial	Intervenção com a técnica em julho de 2014
A.G.	22-12-2008	Desenvolvimento	Dificuldades de motricidade fina e coordenação motora	ADPM	Avaliação e intervenção individual	Reencaminhamento para a técnica em setembro de 2014
A.O.	08-08-2005	Desenvolvimento	Dificuldades na expressão motora: coordenação, motricidade fina, motricidade global. Dificuldades ao nível do planeamento motor	S. Asperger	Avaliação e intervenção individual	Intervenção em grupo no próximo ano letivo
B.P.	04-03-2010	Neuropediatria	Dificuldades em subir escadas, andar de triciclo e na motricidade fina	PC com ADPM, envolvimento bulbar, seqüela de encefalopatia	Avaliação e alta	A ser novamente chamada pela técnica, em setembro
B.F.	24-11-2004	Neuropediatria	Dificuldades na coordenação motora	ADPM	Reavaliação e integração em grupo terapêutico	Nunca chegou a comparecer para as intervenções -> alta
B.C.	15-07-2006	Neuropediatra	Dificuldades escolares, ao nível da motricidade fina e coordenação motora	-----	Observação inicial -> alta	
C.M.	30-12-2005	Desenvolvimento	Reavaliação psicomotora para orientação aos pais	PCM	Reavaliação e alta	
C.C.	25-09-2007	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem e na coordenação motora	PEA ligeira	Avaliação e intervenção no grupo pré-escolar	
D.C.	03-02-2009	Desenvolvimento	Questões emocionais na relação mãe-criança, dificuldade na regulação comportamental e emocional	Perturbação da Vinculação	Observação passiva	Intervenção com a técnica
D.S.	01-06-2009	Neuropediatria	Dificuldades de comportamento;	Suspeita de	Observação inicial	Intervenção com a

			dificuldades regulatórias, motricidade fina e coordenação	PEA		técnica em julho de 2014
D.M.	11-08-2008	Desenvolvimento	Dificuldades na coordenação motora e na linguagem	-----	Avaliação e intervenção no grupo pré-escolar	
F.C.	28-04-2007	Neuropediatria	Dificuldades de coordenação motora e motricidade fina	Agnésia do Corpo Caloso	Observação inicial	Intervenção com a técnica em setembro
G.S.	06-11-2008	Desenvolvimento	Particularidades na relação, dificuldades na linguagem	Suspeita de PEA	Observação Ativa	Intervenção com a técnica
G.M.	16-06-2008	Desenvolvimento	Preocupações com o comportamento e a comunicação	ADPM com perturbação da relação e comunicação	Avaliação e intervenção no grupo pré-escolar	
G.B.	06-11-2008	Desenvolvimento	Agitação psicomotora, dificuldades manipulativas	-----	Observação inicial	Intervenção com a técnica em julho de 2014
G.A.	01-09-2002	Desenvolvimento	Dificuldades na motricidade e coordenação óculo-manual, baixa resistência à frustração	Dificuldades de aprendizagem e PHDA	Observação inicial	Intervenção em grupo no próximo ano letivo
H.C.	18-10-2003	Neuropediatria	Dificuldades na regulação do comportamento e na coordenação motora	-----	Observação inicial	Intervenção em grupo no próximo ano letivo
H.B.	18-04-2007	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades motoras e ao nível da socialização	PEA	Reavaliação e alta	
J.N.	16-08-2007	Neuropediatria	Dificuldades no equilíbrio, coordenação, motricidade fina	ADPM e Epilepsia	Observação passiva	Observação inicial com a técnica
J.J.	25-11-2007	Desenvolvimento	Grande inibição, dificuldades de motricidade fina, baixa auto-estima	-----	Observação ativa	Intervenção com a técnica
J.S.	19-03-2005	Desenvolvimento	Dificuldades de coordenação motora	PCM e PEA	Observação inicial	Intervenção com a técnica em setembro
L.C.	19-01-2010	Neuropediatria	Dificuldades motoras globais, alterações da marcha	Malformação de Chiari tipo 1	Observação passiva	Observação inicial com a técnica
M.O.	09-01-2004	Desenvolvimento	Dificuldades de coordenação motora	Dislexia e PHDA	Avaliação e intervenção	Intervenção em grupo no próximo

					individual	ano letivo
M.M.	23-07-2008	Neuropediatria	Dificuldades de coordenação motora, linguagem, imaturidade, pouca persistência na tarefa	S. Asperger	Observação Passiva	Observação inicial com a técnica -> alta
M.A.	17-12-2003	Desenvolvimento	Dificuldade de coordenação motora e planeamento motor, dificuldade em controlar os impulsos	Défice cognitivo	Reavaliação e alta	
M.R.	22-06-2006	Neuropediatra	Dificuldades de motricidade fina e coordenação motora	Neurofibramato se tipo 1	Avaliação e intervenção individual	Alta após processo de intervenção
N.B.	26-10-2009	Desenvolvimento	Dificuldades motoras, na relação e comunicação	PEA	Observação passiva	Observação inicial com a técnica
P.B.	09-06-2008	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades na realização, raciocínio prático, linguagem, motricidade oculo-manual, concentração e atenção	ADPM	Observação inicial e alta	
P.C.	16-04-2003	Desenvolvimento	Dificuldades globais	ADPM e défice cognitivo	Reavaliação e intervenção no grupo escolar	
P.M.	08-05-2005	Desenvolvimento	Dificuldades ao nível do planeamento motor e dificuldades na relação e socialização	ADPM ligeiro e suspeita de PEA	Reavaliação e intervenção no grupo escolar	
R.B.	21-07-2007	Desenvolvimento	Dificuldade de interação com os pares, imaturidade a brincar, dificuldades de linguagem	S. Asperger	Avaliação e intervenção individual	Reencaminhamento para a técnica em julho de 2014
R.L.	22-01-2009	Neuropediatria	Instabilidade motora, comportamentos de oposição, grande desorganização	-----	Observação passiva	Intervenção com a técnica
R.O.	30-06-2007	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem com dificuldades na gestão do comportamento associadas.	Perturbação da linguagem	Observação ativa	Intervenção com a técnica
R.R.	13-01-2010	Desenvolvimento	Dificuldades de coordenação motora e na motricidade fina e global	PEA	Avaliação e intervenção individual	Reencaminhamento para a técnica em agosto de 2014
R.E.	29-09-2005	Reabilitação Pediátrica	Particularidades na comunicação e relação e no cumprimento de regras	PEA ligeira	Reavaliação e intervenção individual	Intervenção em grupo no próximo ano letivo
S.C.	04-07-2008	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem e na motricidade fina	Perturbação da linguagem	Observação passiva	Observação inicial com a técnica

S.N.	04-04-2008	Desenvolvimento	Comportamentos de oposição, atraso no desenvolvimento da linguagem, particularidades da comunicação e relação	ADPM	Avaliação e intervenção no grupo pré-escolar	
T.F.	12-02-2008	Desenvolvimento	Dificuldades na pragmática, particularidades do funcionamento, imaturidade, dificuldades na motricidade fina	S. Asperger	Avaliação e integração no grupo pré-escolar em junho	
T.L.	19-03-2005	Desenvolvimento	Dificuldades motoras globais, dificuldade de atenção	ADPM ligeiro e défice cognitivo	Observação inicial -> intervenção individual	Reencaminhamento para a estagiária de 1º ciclo e posterior integração no grupo escolar
Ti.M.	21-01-2009	Desenvolvimento	Dificuldades motoras globais, atraso na linguagem	PEA e epilepsia	Observação passiva	Intervenção com a técnica
T.Gr.	14-11-2008	Desenvolvimento	Dificuldades na realização, raciocínio prático, motricidade oculo-manual, concentração e atenção	ADPM	Observação ativa	Intervenção com estagiária de 1º ciclo e posteriormente com a técnica
T.Go.	27-09-2005	Desenvolvimento	Dificuldades de motricidade fina, dificuldade no planeamento motor	S. Asperger	Observação passiva	Intervenção com a técnica
To.M.	24-04-2006	Reabilitação Pediátrica	Comportamento desadequado, dificuldade em manter a atenção, interesses restritos, pouca interação com os colegas	-----	Observação passiva	Observação inicial com a técnica
V.D.	27-09-2008	Desenvolvimento	Grande instabilidade, baixa resistência à frustração, dificuldades na motricidade fina, baixa capacidade de atenção	-----	Observação passiva	Alta
X.S.	26-05-2010	Desenvolvimento	Dificuldades motoras globais	ADPM	Observação passiva	Intervenção com a técnica

TPMBO 2

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

Tradução e adaptação da 2ª Edição do Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency de Bruininks & Bruininks (2005). Exclusivamente para fins de investigação. C. Duarte, J. Carvalho, A. Rodrigues & P. Morato.

Não

fotocopiar

Nome Examinando

Género _____ Ano de Escolaridade _____

Escola _____

Nome do Examinador

Ano _____ Mês _____ Dia _____

Data da Avaliação _____

Data de Nascimento _____

Idade Cronológica _____

Mão Preferida no Desenho: Direita Esquerda

Mão/Braço Preferido no Lançamento: Direita Esquerda

Pé/Perna Preferida: Direita Esquerda

Observações Comportamentais e Outras

Existem algumas considerações que podem ter afectado a precisão dos resultados?

Foram realizadas adaptações para deficiências físicas?

Outras observações importantes a referir:

	Fraco	Médio	Bom	Excelente
Atenção	1	2	3	4
Fluidez do Movimento	1	2	3	4
Esforço	1	2	3	4
Compreensão	1	2	3	4

















Subteste 1: Precisão Motora Fina		Res. Bruto											Pontuação
1	Preenchimento de Formas – Círculo	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1	2	3						<div><div></div></div>
			Pontos	0	1	2	3						
2	Preenchimento de Formas - Estrela	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1	2	3						<div><div></div></div>
			Pontos	0	1	2	3						
3	Desenhar Linhas Através de Percursos – Labirinto Acidentado	<div><div></div><div>erros</div></div>	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<div><div></div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
4	Desenhar Linhas Através de Percursos – Labirinto Curvado	<div><div></div><div>erros</div></div>	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<div><div></div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
5	Ligação de Pontos	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<div><div></div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
6	Dobrar Papel	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<div><div></div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
7	Recortar um Círculo	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<div><div></div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		

Notas e Observações

Pontuação Total

Subteste 1
(max=41)



Subteste 2: Integração Motora Fina		Forma Básica	Fecho	Bordas	Orientação	Sobreposição	Dimensão Global	Res. Bruto	Pontuação
1	Copiar um Círculo	0 1	0 1	0 1			0 1		
2	Copiar um Quadrado	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
3	Copiar Círculos Sobrepostos	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1		
4	Copiar uma Linha Ondulada	0 1		0 1	0 1		0 1		
5	Copiar um Triângulo	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
6	Copiar um Losango	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
7	Copiar uma Estrela	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
8	Copiar Lápis Sobrepostos	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1		




















Notas e Observações

Pontuação Total

Subteste 2
(max=40)



*Para o subteste 2: Integração Motora Fina, somar os resultados, registar a soma na coluna do Resultado Bruto e transferir o resultado bruto de cada item directamente para a forma oval correspondente na coluna Resultado Padrão.


Subteste 3: Destreza Manual			Res. Bruto																Pontuação
			Ensaio 1	Ensaio 2															
1	Fazer Pontos em Círculos	 15 seg	 círculos		Bruto	0-4	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	≥51				
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
2	Transferir Moedas	 15 seg	 moedas	 moedas	Bruto	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20				
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
3	Colocar Pinos numa Prancha	 15 seg	 pinos	 pinos	Bruto	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	≥11				
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
4	Separar Cartas	 15 seg	 cartas	 cartas	Bruto	0-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-20	21-24	≥25				
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
5	Enfiar Blocos	 15 seg	 blocos	 blocos	Bruto	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥10				
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				

Notas e Observações

Pontuação Total

Subteste 3

(max=45)



Forma Reduzida

Subteste 1: Precisão Motora Fina		Res. Bruto										Pontuação				
3	Desenhar Linhas Através de Percursos - Labirinto	<div><div></div><div>erros</div></div>	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0					
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7					
6	Dobrar Papel	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12					
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7					
Subteste 2: Integração Motora Fina		Forma Básica	Fecho	Bordas	Orientação	Sobre- posição	Dimensão Global	Res. Bruto								
2	Copiar um Quadrado	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<div></div>								
7	Copiar uma Estrela	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<div></div>								
Subteste 3: Destreza Manual		Res. Bruto														
2	Transferir Moedas <div><div></div><div>15 seg</div></div>	<div><div></div><div>moedas</div></div>	<div><div></div><div>moedas</div></div>	Bruto	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20		
				Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Subteste 4: Coordenação Bilateral		Res. Bruto														
3	Saltar no Mesmo Sítio – Mesmos Lados Sincronizados	<div><div></div><div>saltos</div></div>	<div><div></div><div>saltos</div></div>	Bruto	0	1	2-4	5								
				Pontos	0	1	2	3								
6	Bater os Pés e os Dedos – Mesmos Lados Sincronizados	<div><div></div><div>batidas</div></div>	<div><div></div><div>batidas</div></div>	Bruto	0	1	2-4	5-9	10							
				Pontos	0	1	2	3	4							
Subteste 5: Equilíbrio		Res. Bruto														
2	Andar Sobre uma Linha	<div><div></div><div>passos</div></div>	<div><div></div><div>passos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5	6							
				Pontos	0	1	2	3	4							
7	Manter-se em Apoio Unipodal sobre uma Trave – Olhos Abertos <div><div></div><div>10 seg</div></div>	<div><div></div><div>segundos</div></div>	<div><div></div><div>segundos</div></div>	Bruto	0.0-0.9	1.0-2.9	3.0-5.9	6.0-9.9	10							
				Pontos	0	1	2	3	4							
Subteste 6: Corrida de Velocidade e Agilidade		Res. Bruto														
3	Saltar em Apoio Unipodal no Mesmo Sítio <div><div></div><div>15 seg</div></div>	<div><div></div><div>saltos</div></div>	<div><div></div><div>saltos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-5	6-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	≥50	
				Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Subteste 7: Coordenação dos Membros Superiores		Res. Bruto														
1	Largar e Apanhar a Bola – Duas Mãos	<div><div></div><div>capturas</div></div>		Bruto	0	1	2	3	4	5						
				Pontos	0	1	2	3	4	5						
6	Driblar uma Bola – Alternando Mãos	<div><div></div><div>dribles</div></div>	<div><div></div><div>dribles</div></div>	Bruto	0	1	2	3	4-5	6-7	8-9	10				
				Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7				

Resultado Padrão Total
Forma Reduzida
(max=88)



Anexo V – Folha de registo BPM

BATERIA PSICOMOTORA

**Destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança
(Vitor da Fonseca 1975)**

Nome: _____

Data Nascimento __/__/__ **Idade** ____ **Anos** ____ **Meses**

Datas da Observação:

__/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

Aspecto Somático:

ECTO

MESO

ENDO

Desvios Posturais:

CONTROLO RESPIRATÓRIO

		Auto-controlo	Amplitude
Inspiração	Boca		
	Nariz		
	Rápida		
	Lenta		
Expiração	Boca		
	Nariz		
	Rápida		
	Lenta		
Obs:			

	Duração	Auto-controlo	Fadiga
Apneia			
Obs:			

Fatigabilidade (durante toda a observação PM)	Obs:
---	------

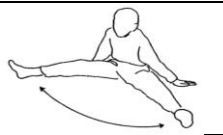
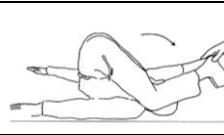

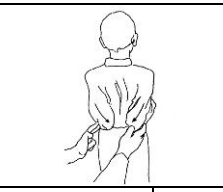
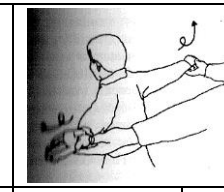
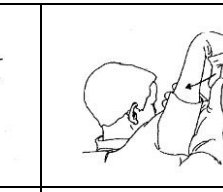
TONICIDADE

Hipotonicidade

☐

Hipertonicidade

☐

Extensibilidade dos membros inferiores						
	Ângulo		Ângulo		Distância	
	Resistência		Resistência		Resistência	
	Obs:					
Extensibilidade dos membros superiores						
	Distância		Distância		Distância	
	Resistência		Resistência		Resistência	
	Obs.:					

		Pendularidade	Resistência	Coordenação	Manifestações emocionais
Passividade	Pernas (sentado)				
	Braços (de pé)				
	Obs:				

		Resistência	Auto-descontração	Manifestações emocionais
Paratonia (mobilizações passivas e quedas)	Membros sup			
	Membros inf			
	Obs:			

		Coordenação	Simetria	Movimentos parasitas (cotovelos e antebraços)	Manifestações emocionais
Diadococinésias (rodar as mãos)					
	Obs:				

		Bucais	Contralaterais
Sincinésias (contração máxima da mão dominante com bola de espuma)			
	Obs:		

EQUILIBRAÇÃO

Imobilidade	Posição Ortostática	Olhos fechados	Duração (60'')	Desequilíbrios	Quedas
	Obs:				

		Olhos fechados (6 anos)	Mãos à cintura	Duração (20'')	Desequilíbrios	Quedas
Equilíbrio Estático	Apoio rectilíneo					
		Obs:				
	Ponta dos pés					
		Obs:				
	Apoio num pé	D				
		E	Obs:			

			Pé ante pé	Mãos à cintura	Desequilíbrios	Quedas
Equilíbrio Dinâmico	Marcha controlada (linha 3m)					
			Obs:			
	Evolução na trave	Frente				
		Atrás				
		Lado dto				
		Lado esq				
	Obs:					
	Saltos (distância 3m)	Pé-coxinho esq				
		Pé-coxinho dto				
		Pés juntos para frente				
		Pés juntos para trás				
		Pés juntos olhos fechados				
	Obs:					

LATERALIZAÇÃO

	D	E	Mista	Hesitações
Ocular (canudo de papel + buraco da folha)				
Auditiva (relógio + telefone)				
Manual (escrever + cortar papel)				
Pedal (passos à gigante + enfiar as calças)				
Obs:				

NOÇÃO DO CORPO

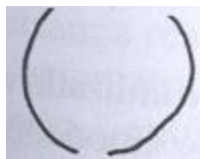
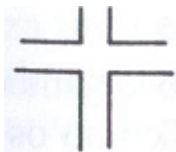
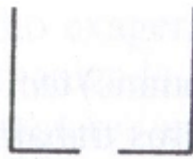
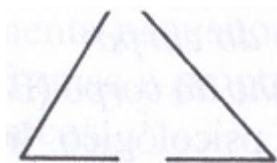
Sentido cinestésico			
4-5 Anos		6 Anos	
Nariz		Testa	
Queixo		Boca ou lábios	
Olhos		Olho direito	
Orelha		Orelha esquerda	
Ombro		Nuca ou pescoço	
Cotovelo		Ombro esquerdo	
Mão		Cotovelo direito	
Pé		Joelho esquerdo	
Obs.:		Pé direito	
		Pé esquerdo	
		Mão esquerda	
		Polegar direito	
		Indicador direito	
		Médio direito	
		Anelar direito	
		Mínimo direito	
		Obs.:	

Reconhecimento direita-esquerda			
4-5 Anos		6 Anos	
Mostra-me a tua mão direita		Cruza a tua perna direita por cima do joelho esquerdo	
Mostra-me o teu olho esquerdo		Toca a tua orelha esquerda com a tua mão direita	
Mostra-me o teu pé direito		Aponta o meu olho direito com a tua mão esquerda	
Mostra-me a tua mão esquerda		Aponta a minha orelha esquerda com a tua mão direita	
Obs.:		Obs.:	

	1	2	3	4
Auto-imagem (olhos fechados, tocar com o dedo indicador no nariz 2 vezes com cada mão)				
Obs:				

Imitação de gestos

4-5 anos

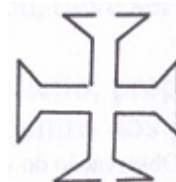

☐

☐

☐

☐

Obs:

6 anos


☐

☐

☐

☐

Obs:

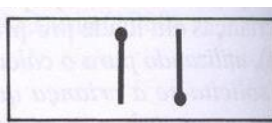
		Simetria	Proporções	Pormenores anatómicos
Desenho do corpo	4-5 anos (desenhar boneco o melhor que sabe)			
	6 anos (desenhar o seu corpo o melhor que sabe)			
	Obs:			

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

		Contagem correta	Cálculo correto	Alargamento e/ou encurtamento das passadas	Hesitações
Organização (andar 5m; contar passos em voz alta)	4-5 anos (+ 1 passo; - 1 passo)				
	6 anos (+ 3 passos - 3 passos)				
	Obs:				

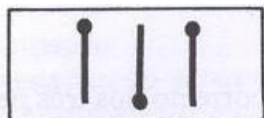
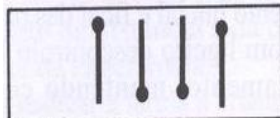
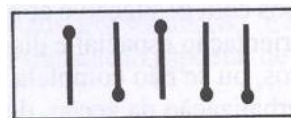
Estruturação dinâmica

Ficha de ensaio

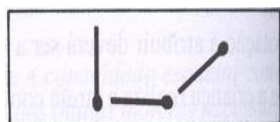
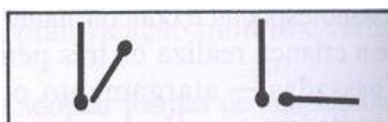
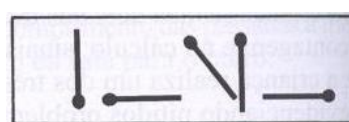

☐

Obs:

4-5 anos


☐

☐

☐

Obs:


☐

☐

☐

Obs:

Representação Topográfica

(fazer desenho da sala; desenhar o percurso; realização motora do mesmo - ensaio; sequência do percurso; realização do mesmo)

Realização da trajetória	Hesitações	Desorientações	Interrupções
--------------------------	------------	----------------	--------------

Obs:

Estruturação rítmica

1	•	.	.	•	.	.	•	.	.	•	.	
2	•			•	•	.	•	•	.	.	.	
3	•	•	.	.	•	.	.	•	•	.	.	
4	•	•	.	.	•	•	.	.	•	•	.	
5	•	.	.	•	.	.	.	•	•		•	

Obs.:

PRAXIA GLOBAL

Coordenação óculo manual Bola de ténis para cesto 4-5 anos: 1,5 m 6 anos: 2,5 m		Coordenação oculo-pedal Bola de ténis para baliza 4-5 anos: 1,5 m 6 anos: 2,5 m	
Ensaio		Ensaio	
1º		1º	
2º		2º	
3º		3º	
4º		4º	
Planeamento Motor		Planeamento Motor	
Auto-Controlo Visuomotor		Auto-Controlo Visuomotor	
Obs.:			

<u>Dismetria</u> Qualidade da prestação	Obs.:
---	-------

Dissociação 4-5 anos: demonstrar 6 anos: explicação verbal 2 Ensaios					
<u>Membros Superiores</u> (repetir pelo menos 4 vezes)	1º: 2MD + 2ME	2º: 2MD + 1ME	3º: 1MD + 2ME	4º: 2MD + 3ME	Obs.:
<u>Membros Inferiores</u> (repetir pelo menos 4 vezes)	1º: 2PD + 2PE	2º: 2PD + 1PE	3º: 1PD + 2PE	4º: 2PD + 3PE	Obs.:
<u>Membros Superiores + Inferiores</u> (repetir pelo menos 4 vezes)	1º: 1MD + 2ME + 1PD + 2PE	2º: 2MD + 1MD + 2PD + 1PE	3º: 2MD + 3ME + 1PD + 2PE	4º: Agilidade – bater palmas ao mesmo tempo de abrir pernas	Obs.:

PRAXIA FINA

	Duração		Planeamento motor	Auto-controlo visuomotor	Desatenção	Hesitação na lateralização
Coordenação Dinâmica Manual (compor e decompor uma pulseira de clips o mais rápido possível; 1 a 2 ensaios) 4-5 anos – 5 clips 6 anos – 10 clips	Compor					
	Decompor					
	Obs:					

	Planeamento motor	Hesitações/saltos na sequência	Repetições de otonibilidades	Sincinésias
Tamborilar (tocar dedos do indicador ao mínimo e inverso, 3 ensaios) 4-5 anos – olhos abertos 6 anos – olhos fechados				
Obs:				

		Nº	Planeamento motor	Hesitações/saltos na sequência
Velocidade-precisão (30'')	Pontos			
	Cruzes			
	Obs:			

Anexo VI – Folha de registo TABS Assessment tool

TABS - Escala de Temperamento e Comportamento Atípico

(Stephen J. Bagnato, John Salvia, D.Ed., John T. Neisworth, Ph. D., Frances M. Hunt, Ph. D., traduzido e adaptado por João Vaz, Sérgio Lopes e Teresa Brandão, 2009)

Nome da criança: _____
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: _____ Idade (anos e meses): _____
Relação do prestador de cuidados com a criança:
Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____
Data: _____

Os itens que se seguem representam alguns dos problemas mais frequentes ao nível do temperamento e auto-regulação que os pais e profissionais observam nas crianças. Leia cada item e registe *NÃO* se o comportamento não é um problema. Marque *SIM* se o comportamento for um problema. Para os itens registados como *SIM*, marque *P. AJUDA* se houver alguma preocupação especial e se precisar de ajuda para lidar com o comportamento.

	Sim	Não	P. Ajuda
1. Fica aborrecido constantemente com alterações horárias.			
2. As emoções não correspondem ao que realmente se passa.			
3. Parece olhar através das pessoas.			
4. Resiste olhar o outro, nos olhos.			
5. Age como se o(s) outro(s) não estivessem presentes.			
6. Raramente inicia o jogo com os outros.			
7. A sua disposição e desejos são muito difíceis de perceber.			
8. Parece estar no seu próprio mundo.			
9. Olha fixamente para o espaço, regularmente.			
10. Desliga-se, perde o controlo com aquilo que se está a passar.			
11. Brinca com os objetos (brinquedos) de formas estranhas.			
12. Brinca com os objetos como se estivesse confuso com a maneira como funcionam.			
13. Realiza sons estranhos com a garganta.			
14. Fica incomodado com demasiada luz, barulho ou toque.			
15. Fica excessivamente excitado com locais com muita gente.			

16. Olha fixamente para a luz.			
17. Interessa-se em demasia por um certo brinquedo/objeto.			
18. Abana as mãos vezes sem conta (Flapping).			
19. Abana a cabeça vezes sem conta.			
20. Vagueia sem propósito.			
21. Aborrece-se por pequenas coisas.			
22. Dificil de acalmar quando está chateado(a) ou a chorar.			
23. Tem grandes variações no humor.			
24. Chateia-se facilmente.			
25. Frustra-se facilmente.			
26. Tem fortes birras ou “ataques de fúria”.			
27. Irrita-se, melindra-se frequentemente. É “picuinhas”.			
28. Não consegue esperar (é impaciente) pela comida ou pelos brinquedos.			
29. Exige atenção continuamente.			
30. Controla o comportamento do adulto com se mandasse.			
31. É ciumento, regularmente.			
32. A maior parte das vezes é irrequieto, não pára			
33. Não permanece sentado.			
34. Agarra em tudo. Impulsivo			
35. Recusa, na maioria das vezes, fazer aquilo que lhe é dito.			
36. Lança e/ou parte objetos propositadamente.			
37. Morde, bate e/ou pontapeia os outros.			
38. Raramente sorri ou ri com assuntos e situações engraçadas.			
39. Não presta atenção a estímulos visuais ou auditivos			
40. Parece não ver os objetos em movimento.			
41. Não mostra interesse perante novos incidentes.			
42. Não reage ao próprio nome.			
43. Não se preocupa com os outros, quando os mesmos se aleijam.			
44. Brinca pouco.			
45. Não gosta de brincar com a mãe ou prestador de cuidados.			
46. Não se chateia quando lhe é retirado o brinquedo.			
47. Raramente balbucia ou tenta falar.			
48. Não reage a sons.			
49. Chora durante muito tempo, frequentemente.			
50. Assusta-se com os sonhos à noite, frequentemente.			

51. Grita durante o sono sem se deixar confortar.			
52. Não se consegue auto-confortar quando está chateado.			
53. Acorda frequentemente sem conseguir voltar a adormecer.			
54. Não tem um horário de sono regular.			
55. Precisa de ajuda para adormecer, sistematicamente.			

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo VII – Folha de cotação Assessment of Peer Relations

Grelha de observação das relações entre pares

Adaptado de “Assessment of Peer Relations” (Michael J. Guralnick, Ph.D.) por A. Colaço e M. Ferreira, em 2014.

Data de observação: _____

Legenda	0– Não observado/Não se aplica	1 - Raramente	2- Por vezes	3-Frequentemente	4- Quase Sempre
---------	--------------------------------	---------------	--------------	------------------	-----------------

Comportamentos	C.C.		D.M.		G.M.		S.N	
	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final
1. A criança tende a estar desocupada (desocupado)								
2. A criança brinca com materiais mas fá-lo apenas sozinho (jogo solitário)								
3. A criança brinca perto dos pares, usando materiais similares (jogo paralelo)								
4. A criança quando não está a brincar com materiais, observa ativamente as atividades das outras crianças (espetador).								
5. A criança apercebe-se mas, depois, ignora as aproximações e iniciativas de outros (ignora)								
6. A criança parece não se aperceber das iniciativas dos outros (inconsciente)								
7. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se em respostas ou trocas simples e breves (habitualmente não mais de duas interações por criança) (breves trocas).								
8. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se em inversões de papéis durante jogos sociais (jogo complementar ou recíproco).								
9. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se num jogo social fingido (“faz de conta”) que inclui comunicação explícita (planeamento e negociações) sobre temas e desempenho de papéis (jogo social complexo).								

10. A criança obtém a atenção dos outros								
11. A criança adquire os materiais dos outros								
12. A criança pára uma atividade entre pares								
13. A criança dá ou obtém afeto								
14. A criança pede permissão a outras crianças								
15. Geralmente envolve-se no contacto social								
16. A criança propõe atividades conjuntas								
17. Os pares respondem aos pedidos da criança quando esta pede ajuda								
18. Os pares reconhecem ou respeitam os pedidos de intervenção da criança								
19. Os pares respondem apropriadamente a pedidos de clarificação da criança								
20. Os pares respondem aos esforços da criança para obter a sua atenção								
21. A criança fica ansiosa quando abordada por outros, demonstrando-o através de gestos, expressões faciais ou afastamentos								
22. A criança rejeita, veemente, incursões sociais pelos pares								
23. A criança brinca com considerável entusiasmo e expressividade								
24. A criança fica zangada ou hostil durante as interações com os pares								
25. A criança rodeia os outros no jogo, com reações que oscilam entre a aproximação e o afastamento (vacila)								
26. A criança responde positivamente, retribuindo de uma forma razoável as iniciativas dos pares								
27. A criança responde de uma forma positiva às interações dos pares, mas de forma silenciosa ou retardada.								
28. As interações com os pares parecem ocorrer rapidamente e sem pensar muito (resposta impulsiva)								
29. A criança desorganiza-se e fica zangada durante as interações com os pares								
30. A criança fica calma, depois de zangada, num período de tempo razoável								
31. A criança parece compreender as regras da sala, relativamente à partilha e tomada de vez.								
32. A criança demonstra através de ações ou descrições um acontecimento básico de temas partilhados, envolvendo eventos quotidianos, semelhantes ao de outras crianças (e.g. festas de aniversário)								

Anexo VIII – Grelha de observação qualitativa do comportamento para o estudo de caso A.G.

Grelha de observação qualitativa do comportamento

Adaptado de Grelha de Observação do Comportamento – GOC (Marques, Castro, Gonçalves, & Martins, 2012) por A. Colaço, em 2014.

Legenda:	1 - Nunca	2 - Raramente	3 – Por vezes	4 - Frequentemente	5 - Sempre
----------	-----------	---------------	---------------	--------------------	------------

Comportamentos		Av. Inicial	Av. Final	Observações
Relação com o adulto	Cooperação			
	Afeto			
	Indiferença			
	Oposição-Desafio			
	Agressividade			
	Rejeição			
Atenção nas tarefas	Presta atenção a atividades significativas, mais de 15 minutos			
	Presta atenção a atividades que a motivam, entre 5 a 15 minutos			
	Presta atenção a atividades significativas, menos de 5 minutos			
	Não presta atenção, sendo necessário repetir as instruções			
Impulsividade	Não demonstra impulsividade			
	Inicia as tarefas antes de terminada a instrução			
	Espera pela sua vez numa atividade			
	Não planeia a execução da tarefa			
Persistência	Investe em todas as tarefas e não desiste			
	Investe apenas em algumas tarefas			
	Desmotiva facilmente e desiste			
Participação nas tarefas	Permanece nas tarefas até ao fim autonomamente			
	Realiza as tarefas até ao final com ajuda			
	Tem muitas dificuldades em realizar uma tarefa até ao fim			
Ajustamento às tarefas	Apresenta comportamentos adequados no decorrer das atividades			
	Apresenta comportamentos desadequados mas modera-os quando chamada à atenção			
	Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivada			
	Não se ajusta às tarefas, revelando comportamentos de oposição/desafio			
Respeito pelas	Respeita todas as regras			

regras	Respeita algumas regras até ao final da atividade			
	Não respeita as regras			
Tolerância à frustração	Reage de forma adequada à frustração			
	Tolera o insucesso autonomamente			
	Tolera o insucesso com ajuda			
	Não tolera o insucesso			
Linguagem recetiva	Compreende instruções simples, sem necessidade de apoio			
	Compreende instruções simples, com necessidade de apoio			
Linguagem expressiva	Realiza pedidos de forma adequada			
	Expressa verbalmente as tarefas realizadas			
	Responde de forma coerente num discurso com o adulto			

Anexo IX – Consentimento informado para gravação de imagens

CONSENTIMENTO INFORMADO

Terapia Psicomotora – Grupo pré-escolar

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Em caso de dúvida, não hesite em solicitar esclarecimentos aos técnicos responsáveis. No seguimento do acompanhamento do desenvolvimento do seu filho no CDC, considera-se de extrema utilidade a gravação em filme do trabalho a ser desenvolvido nas sessões de intervenção psicomotora em grupo. Deste modo, pretende-se facilitar a análise e discussão dos comportamentos e a evolução de cada criança em reunião de equipa multidisciplinar.

Para efeitos de investigação, formação, ou com outros fins científicos, poderá vir a ser importante a exibição destas imagens, nomeadamente em congressos da especialidade.

Eu, _____, portador do B.I./C.C. nº _____, na qualidade de _____ (grau de parentesco) autorizo:

- A realização do filme para visualização dentro do CDC. SIM ____ NÃO ____

- A eventual visualização das imagens para efeitos de investigação, formação ou com outros fins científicos. SIM ____ NÃO ____

De _____ (nome da criança)
portador do B.I./C.C. nº _____.

Assinatura

Em qualquer uma das vias de publicação ou uso, garante-se o mais estrito anonimato das pessoas envolvidas.

Almada, março de 2014

A Psicomotricista Estagiária

A Psicomotricista
Estagiária

A Psicomotricista

(Ana Colaço)

(Ana Margarida Ferreira)

(Joana Carvalho)

Relatório de Observação Psicomotora

A. O.

Data de Nascimento: 08-08-2005

8A e 6M

O A.O., no momento da avaliação com 8 anos e 6 meses, realizou uma avaliação em Terapia Psicomotora no âmbito da consulta de Desenvolvimento (Dr.^a Luísa Rocha), por apresentar dificuldades na coordenação motora, motricidade fina, motricidade global e ao nível do planeamento motor. A avaliação formal teve por base um teste de proficiência motora (TPMBO - 2) e a Bateria Psicomotora (BPM, Vítor da Fonseca).

Num primeiro contacto, o A.O. mostrou ser uma criança simpática e comunicativa, estabelecendo uma boa relação com os adultos. Ao longo dos três momentos de avaliação mostrou-se colaborativo e realizou todas as atividades propostas, compreendendo-as com facilidade.

Da aplicação do TPMBO-2 e da BPM, o A.O. apresenta resultados heterogéneos, indicando a presença de algumas dificuldades psicomotoras específicas. Quando analisado cada fator individualmente, os resultados seguem a mesma direção.

No controlo do corpo, avalia-se a coordenação bilateral e o equilíbrio. O A.O. revela dificuldades ao nível da coordenação sincronizada dos membros superiores e inferiores, realizando movimentos pouco fluídos e ritmados. Todavia, na realização de movimentos sequencializados, o André apresenta uma melhor prestação, realizando a maioria das estruturas sequenciais corretamente, embora este registo não se tenha verificado nas sequências que envolviam os membros superiores e inferiores de forma combinada. Ao nível do equilíbrio, o A.O. apresentou dificuldades em todas as tarefas. Em atividades que requerem o controlo do corpo, mantendo os olhos fechados, o A.O. fica desconfortável, sendo visíveis muitos desequilíbrios e tentativas de abrir os olhos.

No que diz respeito à noção de corpo, o A.O. identifica corretamente a maioria das partes do corpo, sendo capaz de reconhecer a direita e esquerda em si e no outro. No desenho do corpo, conjuga diversas cores, sendo realizado com muito investimento e rico em pormenores.

A estruturação espaço-temporal avalia a capacidade de organização do corpo e de objetos no tempo e no espaço. A este nível o A.O. compreende facilmente as tarefas, realizando-as sem dificuldades.

Na realização de tarefas motoras globais, as dificuldades mais sentidas são ao nível da coordenação óculo-manual e óculo-podal, pela dificuldade observável na fluidez, no ritmo e no controlo da força e velocidade dos movimentos, bem como na coordenação dos membros superiores, que envolve o largar e apanhar uma bola e o driblar.

No controlo da motricidade fina, nas atividades que requerem a precisão e integração motora fina não foram observadas dificuldades significativas, sendo na cópia de figuras, onde o A.O. se destaca positivamente, pela semelhança muito próxima à imagem da prova. Na destreza manual, revela dificuldades nas atividades que exigem a utilização de apenas uma mão, tendo tendência para utilizar ambas.

Em suma, o A.O. apresenta um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo. Apresenta maiores dificuldades nas tarefas relacionadas com a coordenação global dos membros superiores e inferiores, e ao nível do equilíbrio. Beneficiará de intervenção psicomotora, que o ajude a melhorar as suas competências motoras e a ganhar uma maior segurança, bem como manter uma atividade física que seja do seu interesse.

Almada, 21 de fevereiro de 2014

A Psicomotricista Estagiária

A Psicomotricista

(Ana Colaço)

(Joana Carvalho)

Relatório de Intervenção Psicomotora

M. R.

Data de Nascimento: 22-06-2006

8 A

O M.R. iniciou o acompanhamento em Terapia Psicomotora, em março de 2014, em sessões individuais, com frequência semanal. Foi inicialmente observado, no âmbito da consulta de Neuropediatria (Dr.^a Cristina Martins), por apresentar dificuldades na motricidade fina e coordenação motora.

Da observação inicial, no primeiro contacto o M.R. apresentou-se inibido e pouco comunicativo. Contudo, progressivamente foi ficando mais à vontade e conversador, realizando todas as atividades propostas. Verificaram-se dificuldades em manter a atenção durante períodos de tempo prolongados. Do ponto vista motor, revelou algumas inseguranças e muitas dificuldades ao nível do equilíbrio, na coordenação dos membros superiores e inferiores e na precisão motora fina.

Deste modo, iniciou-se intervenção psicomotora no sentido de contribuir para a melhoria das suas competências motoras, bem como desenvolver as questões associadas à capacidade para manter a atenção e ao nível da organização do pensamento.

Nos primeiros momentos de intervenção, o M.R. mostrava-se pouco comunicativo, revelando muitas dificuldades em planejar e organizar uma atividade, bem como em relatá-las, no final das sessões. Todavia, quando a atividade era organizada pelo adulto, envolvia-se, mostrando-se muito entusiasmado. Porém, parecia apenas motivado em atividades mais motoras, do que em jogos de mesa, nos quais apresentava menor capacidade para manter a atenção.

De modo a ajudar a organização do pensamento, optou-se pela realização de um caderno no qual era realizado o registo semanal das atividades (escrito e/ou através do desenho). Inicialmente o M.R. recusava, por vezes, registar os jogos no caderno, ou quando aceitava, necessitava de orientação e reforço. Posteriormente, esta tarefa foi-se tornando mais fácil.

Após o período de intervenção, o M.R. foi reavaliado, observando-se melhorias ao nível das tarefas de motricidade fina, principalmente nas atividades de precisão motora fina (desenhar linhas em labirintos mais estreitos, dobrar e recortar papel) e de destreza manual, verificando-se um maior controlo dos movimentos das mãos e dos dedos. Na motricidade global, melhorou na coordenação alternada e simultânea dos membros superiores (apanhar e uma bola e driblar), bem como revelou uma maior capacidade para dissociar os movimentos dos diferentes segmentos. Para além disto, apresentou um maior controlo do corpo em situações de movimento (saltos a pé juntos e a pé coxinho,

caminhar sobre superfícies instáveis), porém, ao nível do controlo do corpo imóvel (equilíbrio estático), ainda revelou dificuldades.

Em suma, o processo de intervenção foi benéfico, uma vez que promoveu o aumento da segurança e confiança na realização de atividades de maior envolvimento motor, nas quais o M.R., inicialmente, desistia facilmente. Atualmente, apresenta-se uma criança com uma maior autoestima e capacidade para explorar o espaço sem receio. Sugere-se a continuidade na frequência da atividade física que pratica.

Disponíveis para outras informações.

Almada, 10 de junho de 2014

A Psicomotricista Estagiária

(Ana Colaço)

A Psicomotricista

(Joana Carvalho)

Anexo XII – Exemplo de registo semanal das atividades observadas durante os meses de novembro e dezembro

REGISTO SEMANAL DE OBSERVAÇÕES - Semana 18 a 22 de novembro de 2013

<p>Dia 18/11/2013</p>	<p>- Observação de sessões de Terapia da Fala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ R.: criança prematura atualmente com 7 anos e 4 meses. Encontra-se no 2º ano de escolaridade. Foi aplicado o ACCLE (Avaliação das competências de linguagem para a leitura e escrita). Este teste é um teste de consciência fonológica. Observou-se que a criança é um pouco insegura nas respostas que dá, olhando para a técnica como se à espera de uma aprovação. As principais dificuldades sentidas são ao nível da evocação, por exemplo, quando é pedido que diga palavras começadas com diversos fonemas solicitados, a criança diz que não sabe, ou hesita algum tempo, não respondendo prontamente. Na leitura de texto, tem alguma dificuldade em reter a informação anteriormente lida. Para além disso, a R. apresenta ainda alguma confusão com o som “ch”, utilizando a letra “x” para representar esse fonema. ❖ L.: criança de 5 anos com Perturbação do Espectro do Autismo. É aplicado um teste articulatorio e verificou-se que a criança tem muito potencial, identificando facilmente as imagens, apresentando apenas uma omissão da última sílaba em algumas palavras (normalmente palavras com mais do que 2 sílabas). Tem um grande interesse pelas letras. Relativamente à mãe do L. as suas principais preocupações centram-se no facto de o filho não estar a ter nenhum apoio na escola, uma vez que não há professor de ensino especial, pelo que foi chamada a profissional de Educação Gracinda Vilaça para conversar com a mãe acerca dessa questão. Apesar do grande potencial que a criança apresenta já ao domínio das letras, torna-se importante de momento trabalhar outras questões mais primitivas tais como a regulação do comportamento e a intenção comunicativa. <p>- Reunião de Reabilitação Pediátrica. Apresentação da empresa AC CAT, de modo a mostrar os recursos de apoio à educação e às perturbações do desenvolvimento disponíveis para venda na loja <i>online</i>.</p>
<p>Dia 19/11/2013</p>	<p>- Observação de sessões de Terapia da Fala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ M.: criança de 3 anos com Trissomia 21. Realização de uma atividade com cartões representativos de diversas situações/ações, cujo objetivo era a ordenação dos cartões segundo a sua sequência temporal e por fim, realização de um jogo com recurso ao <i>tablet</i>. Verifica-se que a criança tem dificuldades em manter a atenção e concentração nas tarefas, sendo esse o principal objetivo que se pretende maximizar. Para além disso, o M. é um pouco impulsivo na realização das tarefas. ❖ F.: criança de 4 anos com atraso global de desenvolvimento sem etiologia, com significativo atraso na linguagem. A F. foi durante um ano acompanhada pela Psicomotricista. Realização de atividade com os cartões (sequências temporais) e posterior solicitação para a criança construir uma história consoante os acontecimentos representados nos cartões. Verificou-se que a F. tem boas competências cognitivas, ou seja, ao nível da compreensão da linguagem não tem dificuldades, sendo que ao nível da expressão apresenta maiores dificuldades, principalmente no que diz respeito à construção de frases complexas. Quanto ao discurso, por vezes, é impercetível. ❖ R.: criança de 5 anos com Perturbação do Espectro do Autismo. Inicialmente realiza-se um jogo de cartas com diversas categorias

	<p>lexicais, mas esta tarefa não é concluída pois a criança faz birra e não quer continuar. Estão presentes comportamentos de oposição e desafio. Por fim, a terapeuta de modo a desconstruir a birra e chamar a sua atenção para outra tarefa, utiliza o tablet como estratégia, iniciando um jogo no mesmo. A criança ao aperceber-se da situação também mostra intenção de querer jogar, pedindo à terapeuta para jogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ S.: criança de 5 anos com Perturbação do Espectro do Autismo. Associação de imagens aos locais respetivos – animais da selva e animais da quinta. Verifica-se que a identificação de algumas das imagens não é imediata, existindo uma hesitação por parte da criança. Apresenta dificuldades articulatórias, mas no entanto, torna-se necessário primeiro incidir nas áreas da linguagem, i.e., a compreensão e a expressão, e não tanto nas questões da fala. ❖ Observação de avaliações a duas crianças, com 5 (S.) e 7 anos (D.) respetivamente. Aplicação do Teste de Avaliação da Linguagem da Criança (TALC) e do Teste de Articulação Verbal (TAV). Verificou-se que o S. apresenta um sigmatismo (repetição da letra <i>s</i> ou de outras sibilantes). <p>- 14h30: Reunião multidisciplinar. Apresentação de casos clínicos de Síndrome de Prader-Willi existentes no CDC.</p>
Dia 20/11/2013	<p>- Observação de sessão de Terapia Ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ C.: 2 anos, Atraso Global de Desenvolvimento. Quando iniciou a terapia com a Terapeuta Teresa, esta criança era muito hipotónica, passando as sessões a dormir. Para além disso tinha uma epilepsia incontrolável. Atualmente está medicada para a epilepsia e já está mais reativa, manipula objetos com as mãos e segue o olhar dos outros. Já há um maior controlo cefálico. A avó é bastante participativa na estimulação do desenvolvimento da C., há um grande desejo por parte da avó que a menina consiga, um dia, andar. Apesar de ter passado maior parte da presente sessão a chorar, foi possível trabalhar alguns dos aspetos em que a criança tem mais dificuldade, ou seja, controlo postural na posição de sentado (passar da posição de deitado para sentado), suporte do peso do corpo na posição de decúbito ventral (fazendo a extensão dos membros superiores). No final da sessão a terapeuta colocou umas talas na C. de modo a experimentar qual seria o tamanho adequado para a criança. ❖ J.: 2 anos, Perturbação do Espectro do Autismo. Ao início a terapeuta deixou a criança explorar os diversos materiais na sala, partindo dos interesses da criança para o manter nas tarefas. É um menino com muito potencial, já é capaz de estabelecer uma relação, mas tem baixa tolerância à frustração e um tempo reduzido de atenção nas tarefas. Não gosta de situações inesperadas, pelo que fica frustrado e faz birra. Contudo, torna-se importante a aumentar a tolerância a estas situações, para que seja capaz de se adaptar e assim relacionar-se de uma forma mais adequada com os seus pares. <p>- Observação de sessões de Terapia da Fala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A.: Sessão de avaliação, aplicação do TAV e do TALC. É uma criança com um contexto familiar complicado, os pais não vivem juntos e o A. não tem uma relação muito próxima com o pai. Por várias vezes os testes tiveram de ser interrompidos porque a criança não estava a colaborar, estava aborrecido, o que não favorecia que mantivesse a atenção nas tarefas. ❖ F.: 4 anos, Atraso Global do Desenvolvimento. Criança muito bem disposta e participativa. Realização de um jogo no computador (jogo de memória – encontrar as imagens iguais). A criança não apresentou dificuldades na tarefa proposta e conseguiu permanecer atenta no decorrer da sessão. ❖ H.: 7 anos, Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem. Foi proposta a realização de um jogo no computador de construção de palavras, selecionando as letras corretas. A H. apresenta dificuldades ao nível da leitura e da escrita, e na articulação do som “re”.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ D.: 5 anos, Perturbação do Espectro do Autismo (Autismo Clássico). A criança tem muitas limitações ao nível da atenção conjunta, então a terapeuta optou por observar na sessão a interação entre a mãe e a criança, utilizando a ideologia do método <i>floortime</i>, de modo a dar algumas dicas à mãe de como pode estimular as competências do seu filho, melhorando a sua atenção conjunta. Da observação, constatou-se que a mãe tem uma interação um pouco insegura com o seu filho, havia muitos momentos de silêncio, em que a criança estava na sua brincadeira e a mãe, como via que o D. estava centrado apenas no seu próprio jogo, a mãe não sabia como captar a sua atenção para um jogo a dois. Assim foram dadas algumas sugestões à mãe e por breves segundos, foi possível observar momentos de olhar fixo na mãe e de jogo simbólico entre os dois. Torna-se importante a utilização de sons/canções, de várias entoações no tom de voz e de reforços positivos, no sentido de potencializar a relação.
Dia 21/11/2013	<p>- <i>Journal Club</i>. Apresentação do artigo “Ei eu também estou aqui – aspetos psicológicos da perceção de irmãos frente à presença de uma criança com Paralisia Cerebral no núcleo familiar.</p> <p>- Observação de sessões de Terapia da Fala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ M.: 4 anos, Paralisia Cerebral. Jogo no computador com o sistema de varrimento, recorrendo à utilização de um switch adaptado à criança. O M. é uma criança bem-disposta e colaborativa nas tarefas. A nível motor, os movimentos das mãos no switch são descoordenados e propulsivos, mas a nível cognitivo, a criança compreende facilmente o que lhe é solicitado. ❖ T.: 4 anos, Paralisia Cerebral (premature de 29 semanas, teve uma leucomalácia periventricular). Realização de jogo no computador com a utilização do switch (sistema de varrimento). São ainda muito evidentes as dificuldades ao nível do controlo da mão esquerda (a mão direita não é utilizada na tarefa, é a mão que apresenta uma maior espasticidade). O seu tempo de reação nas tarefas é lento, mas a criança é persistente e não desiste da tarefa. ❖ F.: 4 anos, Atraso Global do Desenvolvimento (tem terapia da fala 3 vezes por semana). Realização de jogo de associação de imagens e articulação de sons nos quais a criança tem mais dificuldades (se, ze, be, pe).
Dia 22/11/2013	<p>- Observação/Participação em sessões de Terapia da Fala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L.: 5 anos, Perturbação do Espectro do Autismo. Atividade com um livro adaptado (símbolos que representam ações). Estes livros facilitam a estruturação das frases, como estas se organizam (da esquerda para a direita; sujeito, verbo e ação). As frases do livro tinham uma sequência repetitiva e previsível, o que fazia com que por vezes a criança já verbalizasse o modo como a frase iria terminar. ❖ D.: 5 anos, Perturbação do Espectro do Autismo. É uma criança com uma necessidade de ser trabalhada a regulação comportamental, atira-se constantemente para o chão a meio da sessão, quando fica frustrado por ser contrariado. Ao nível da comunicação, ainda não aponta, não tem ainda intenção comunicativa e tem dificuldades ao nível da atenção conjunta. No entanto, em algumas vezes durante a sessão foi possível observar por breves segundos a criança em interação com a terapeuta. ❖ M.: 4 anos, Paralisia Cerebral. Atividade de escrita no <i>tablet</i> e posterior utilização do software <i>Vox4all</i>. É uma tarefa que representa muita dificuldade uma vez que a criança apresenta movimentos descontrolados do membro superior direito, o que dificulta a precisão que exigida para a tarefa. Foi colocada uma bracelete com um determinado peso, no pulso do M. para reduzir os movimentos propulsivos do braço. Como o peso era excessivo para a criança, foi sugerido à mãe que tentasse construir uma bracelete para o filho e colocasse por dentro algum material que fizesse um ligeiro peso. ❖ M.: 3 anos, Trissomia 21. Realização de jogo de associação de imagens (associar os contrários). Esta atividade teve como principal objetivo desenvolver o cognitivo, estimular a verbalização e a articulação correta (pedir sempre para dizer o que está na imagem)

	<p>bem como o tempo de atenção. O pai teve uma participação muito ativa durante a sessão ajudando o M. na articulação dos sons. Contudo, o M. é um menino que se dispersa muito facilmente, tem um tempo reduzido de concentração.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ I.: 18 anos, Paralisia Cerebral com défice cognitivo severo. Está atualmente integrada na unidade de multideficiência e utiliza o software GRID 2 com a manipulação do switch. A presente sessão consistiu na experimentação do <i>Magic Eye</i> na I. de modo a verificar se poderia ser uma boa opção a ser utilizada na escola. No entanto, verificou-se que esta tecnologia não se aplica à jovem uma vez que não foi possível calibrar a câmara. Para a mesma ser calibrada para posterior utilização, a I. teria de fixar e seguir com o olhar algumas das imagens que surgiram. A I. tem um tempo muito reduzido de atenção, dispersando-se com estímulos exteriores, o que impediu a realização de uma tentativa de utilizar o computador através do Magic Eye. ❖ N.: 9 anos e encontra-se atualmente a frequentar o 2º ano de escolaridade. Apresenta uma Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem do subtipo Semântica-Pragmática. Não reconhece as letras, nem os números. Apenas sabe escrever o seu nome. Tem um discurso um pouco descontextualizado, tem dificuldade na construção frásica (ordenação sujeito, verbo, etc.). Realização de uma atividade de divisão silábica.
--	--

Anexo XIII – Sessões da A.G.

Sessão/Dia	Atividades	Domínios do Desenvolvimento
Nº 1 07/03/2014	<ul style="list-style-type: none"> - “Encontra os sapinhos”: os sapos são escondidos na piscina e deverá encontrá-los e colocá-los na argola de cor correspondente. - Jogo “Tiro ao alvo” – Deverá atirar as argolas e acertar nos pinos de cor correspondente. - Jogo livre escolhido pela criança: construção de “uma casa” com as diferentes formas acolchoadas. - Desenho – Realização de um desenho descritivo dos jogos realizados 	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Cognição</p>
Nº 2 14/03/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito: a criança deverá encontrar os sapos na piscina e transportar um de cada vez, passando por um conjunto de etapas – atravessar o túnel, saltar a barra, circundar os pinos – colocando por fim, os sapos nas argolas de cor respetiva. - Jogo livre escolhido pela criança: lançar os sacos de areia para a piscina, através do túnel. - Desenho – Realização de um desenho descritivo do jogo com os sapos. 	<p>Motricidade Global Equilíbrio Motricidade Fina Cognição</p>
Nº 3 21/03/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de uma capa para guardar os trabalhos realizados. - Jogo pedagógico – puzzle das cores. - Atividade de pintura, recorte e colagem “Vestir a Boneca”: colorir as várias peças de roupa – camisola, saia, sapatos – recortar e colar na parte respetiva do corpo 	<p>Motricidade Fina Cognição Socialização</p>
Nº 4 28/03/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade com o baloiço: sentada no baloiço, deverá colocar os círculos que lhe são dados pelo adulto, em cima dos círculos pousados no chão, de cor correspondente. - Atividade com as argolas e os pinos: caminhar até aos pinos, colocando um pé, em cada uma das formas geométricas espalhadas pelo chão, e de seguida colocar a argola no pino de cor correspondente. - Atividade de modelagem com as plasticinas, utilizando várias formas disponíveis. - Jogo de associação sobre os animais da quinta. 	<p>Motricidade Global Equilíbrio Cognição Motricidade fina</p>
Nº 5 04/04/2014	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de um “escorrega” com as formas acolchoadas e posterior atividade com a bola: realizar o percurso pelas formas acolchoadas, transportar uma bola consigo, 	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Cognição</p>

	<p>lançar a bola, de modo a acertar no cesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atividade com os legos: construção de várias formas com os legos e posterior desenho das figuras construídas. - Atividade “Vamos levar os animais até às suas casas”: com a caneta, realizar um percurso numa folha de papel, seguindo os tracejados. 	
<p>Nº6 11/04/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo “Caça aos ovos da Páscoa”: transportar os ovos da páscoa, um de cada vez, até ao cesto, passando por uma sequência de obstáculos – atravessar o arco, saltar a pés juntos, passar por baixo da forma acolchoada. Posteriormente realizar o mesmo percurso, trazendo um “ovinho” (bola) de cada cor – vermelho, azul, verde e amarelo. - Jogos com as bolas: (A) sentada na fisiobola, deslocar-se até ao outro lado da sala, levando uma bola de cor, colocando-a no cesto; (B) lançar a bola para uma baliza, primeiro com a mão e depois com o pé; (C) jogo realizado a dois, lançar a bola ao colega e apanhar, não deixando cair a bola no chão. 	<p>Motricidade Global Equilíbrio Socialização</p>
<p>Nº 7 02/05/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade com música: pela sala encontram-se espalhados 4 círculos de cores diferentes (azul, vermelho, amarelo e verde). A criança desloca-se pela sala ao som de uma música e sempre que este parar, será dada uma instrução sobre a cor da casa para a qual se terá de deslocar, permanecendo na mesma, até a música voltar a tocar de novo (por exemplo: “Casa azul”). - Atividade no trampolim: saltar no trampolim, primeiramente utilizando a música, sendo que quando esta parasse, a criança teria de parar de saltar. Posteriormente utilizou-se o dado, no qual, o número que saísse correspondia ao número de saltos que teria de dar. - Puzzle do corpo humano. - Atividade de retorno à calma no baloiço: baloiçar ao som de uma música, cantando a canção e imitando os movimentos do adulto (cabeça, braços, etc.) 	<p>Motricidade Global Equilíbrio Cognição Socialização</p>
<p>Nº8 16/05/2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo dos animais: Realizar um circuito de obstáculos - banco sueco, triângulos, túnel, atravessar o arco, círculos, piscina – ao passar pelo túnel retirar um cartão de cada vez, com imagens de animais (cão, gato, leão, caracol, caranguejo, sapo) e deslocar-se como os animais representados nos cartões. - Atividade com o balão (lançar o balão ao colega, e recebê-lo, realizando pequenos 	<p>Motricidade Global Socialização Cognição</p>

	<p>toques com as mãos, sem o deixar cair ao chão), e posteriormente com uma bola (lançar a bola e passar pelo arco suspenso)</p> <p>- Loto dos animais.</p>	
<p>N.º9 22/05/2014</p>	<p>- Construção de uma pulseira de elásticos.</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Socialização</p>
<p>Nº10 30/05/2014</p>	<p>- Circuito: superfícies de diferentes texturas, trampolim (com dado – número corresponde ao número de saltos), barras, formas acolchoadas.</p> <p>- Jogo dos números: construção de puzzles com os números de 1 a 10 (associar a quantidade ao número e colocar por ordem crescente).</p>	<p>Motricidade Global Equilíbrio Cognição</p>
<p>Nº 11 06/06/2014</p>	<p>- Jogo da Hello Kitty: transportar duas peças de cada vez, de um puzzle da Hello Kitty, passando por um conjunto de obstáculos – escorrega (banco sueco inclinado), túnel, barra (saltar a pés juntos). Depois de todas as peças estarem recolhidas, procede-se à construção do puzzle (12 peças).</p> <p>- Realização de enfiamentos para construção de colares, com peças de diferentes cores, formas e tamanhos.</p>	<p>Motricidade Global Equilíbrio Cognição Motricidade Fina</p>
<p>Nº 12 20/06/2014 (Sessão com os pais)</p>	<p>- Pintura da Hello Kitty: numa folha A3, colorir a imagem da Hello Kitty, utilizando digitintas.</p> <p>- Jogo “Construção da história”: encontrar na piscina, três cartões com imagens que representam uma história (sequência temporal – acordar, tomar o pequeno almoço, lavar os dentes). A criança deverá colocá-los na ordem correta e descrever o que cada imagem representa.</p> <p>- Atividades no baloiço: andar no baloiço ao som de uma música. Em cima do baloiço, colocar os sapos nos arcos de cor correspondente.</p>	<p>Motricidade Fina Motricidade Global Cognição Socialização</p>

Anexo XIV – Sessões do Grupo pré-escolar

Sessão/Dia	Atividades	Domínios do Desenvolvimento
Nº 1: 20/03/2014 (Sessão com os pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto de intervenção psicomotora às famílias. - Dinamização de atividades para as crianças e os seus pais: a) <u>Corrida dos jornais</u>: cada família forma uma equipa e cada equipa terá 4 jornais (um para cada um dos participantes e outro jornal extra). As equipas deverão deslocar-se de uma ponta da sala à outra, colocando os pés apenas em cima dos jornais. Cada equipa forma uma fila, sendo que o elemento que estará em último lugar, terá de passar o jornal extra para a frente, e assim todos avançam uma casa, e assim por diante. A equipa que chegar até ao outro lado da sala, em primeiro lugar, é a vencedora. b) <u>Jogo das estações</u>: cada família representa uma equipa e cada membro da equipa irá ocupar uma estação, que estará marcada pela sua folha de jornal colocada sobre o chão. De um lado da sala estão sacos de areia de várias cores (cada cor corresponderá a uma equipa). As equipas terão de transportar os sacos de areia de uma ponta da sala até à outra, lançando o saco a cada membro nas diferentes estações. A primeira equipa a acabar de transportar todos os sacos, é a vencedora. c) <u>Atividade com o balão</u>: pais e crianças juntos agarram num lençol grande e terão de manter o balão a circular em cima do lençol, sem cair ao chão. Progressivamente vai-se dificultando a tarefa, acrescentando mais balões. 	<p>Motricidade Global Socialização</p>
Nº 2: 27/03/2014	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Jogo de apresentação</u>: em roda, passar a bola uns aos outros, dizendo primeiro o nome e de seguida uma coisa que gosta e uma coisa que não gosta. - <u>Atividade com música</u>: as crianças circulam pela sala ao som da música, quando a música parar, e dita uma cor e as crianças terão de tocar num objeto dessa cor. Após serem ditas algumas cores são introduzidas outras instruções: saltar a pés juntos no mesmo lugar, bater palmas, sentar no chão, correr em direção à porta, etc. - <u>Jogo do gato e do rato</u>: uma criança será o gato e as restantes os ratos. Cada rato terá um “rabinho” feito de guardanapo. Quando o gato apanhar o rabinho do rato, o rato passa a ser o gato e dá-se início a uma nova jogada. - <u>Atividade de modelagem com plasticinas</u>. - <u>Retorno à calma</u>: exercícios de alongamentos (rodar os braços, a cabeça, etc.). 	<p>Socialização Cognição Equilíbrio Motricidade Global Motricidade Fina</p>
Nº 3:	- <u>Atividade “O meu bilhete de identidade”</u> : numa folha,	Motricidade Global

03/04/2014	<p>estão disponíveis diversas seções nas quais a criança deverá escrever o seu nome e a sua idade, bem como desenhar “a minha fotografia”, “eu com a minha família”, “a minha casa”, “os meus animais”.</p> <p>- <u>Jogo dos Feiticeiros</u>: uma das crianças será o feiticeiro que terá de tocar nas restantes crianças as quais tentam evitá-lo, fugindo. As crianças que forem tocadas pelo feiticeiro transformam-se em estátuas e ficam imóveis, só voltando a tomar parte no jogo se algum dos seus colegas as tocar.</p> <p>- <u>Jogo de estafetas</u>: são formadas duas equipas (a vermelha e a verde). Cada equipa deverá transportar um saco de areia de cada vez, passando por um conjunto de obstáculos (saltar a pés juntos dentro do arco, saltar a barra, saltar a pé coxinho dentro do arco).</p> <p>- <u>Atividade de retorno à calma</u>: as crianças deverão realizar diversos movimentos do corpo, ao som de uma música, mediante solicitação da técnica (rodar a cabeça, rodar a cintura, movimentar os braços, etc.)</p>	Motricidade Fina Socialização Equilíbrio
Nº 4: 11/04/2014	<p>- <u>Atividade alusiva à Páscoa</u>: decoração dos ovinhos e do coelho da Páscoa. Posterior colagem das figuras num cartão.</p> <p>- <u>Jogo “à procura dos ovos”</u>: cada criança esconde o seu ovo pela sala, e os colegas terão de os procurar.</p>	Motricidade Fina Socialização
Nº 5: 24/04/2014	<p>- Jogo “<u>Lencinho da Botica</u>”: os jogadores, sentados no chão, formam uma roda. Fora da roda, outro jogador tem um saco de areia na mão, que representa o lenço, e coloca-o atrás de um dos jogadores, sem que este se aperceba. Enquanto o jogador circula em volta da roda, as crianças cantam “Lencinho da botica, lá vai, lá fica; Lencinho da botica, lá vai, lá fica...”</p> <p>Quando um jogador descobrir que tem o saco nas suas costas tem de correr atrás da criança que lhe colocou o saco. Se não a apanhar, ela ocupa o seu lugar na roda. Se a criança for apanhada, vai para o meio da roda, sendo apenas substituída quando outro jogador ficar na mesma situação.</p> <p>- <u>Circuito de obstáculos</u>: passar pelos pés aderentes ao solo; ultrapassar duas barras (saltar a pés juntos, caminhar de costas, passar por baixo); colchão (andar de gatas, rolamentos laterais, rolamentos para a frente); arcos (saltar a pé coxinho), pinos (contornar).</p> <p>Numa segunda fase as crianças realizam o circuito transportando uma bola, e numa terceira fase um saquinho na cabeça, ou nas costas (nas tarefas de andar de gatas no colchão e de atravessar o túnel).</p> <p>- <u>Jogo “os animais”</u>: cada criança, à vez, retira um cartão de um conjunto de vários cartões com imagens de animais (leão, cão, gato, caranguejo, caracol, sapo). As crianças deverão deslocar-se de uma ponta da sala, imitando o animal que saiu no cartão.</p> <p>- <u>Atividade de retorno à calma</u>: as crianças deverão deslocar-se pela sala cada vez mais devagar, até parar.</p>	Motricidade Global Equilíbrio Socialização

	Quando for dito “agora vamos deitar”, as crianças deitam-se com os braços a servir de almofada e ficam imóveis, de olhos fechados, como se dormissem. Posteriormente é pedido que aos poucos vão se movendo e espreguiçando, até ficarem todas as crianças acordadas e sentadas nos seus lugares, sem fazerem barulho.	
Nº 6: 06/05/2014	<u>Atividades no exterior:</u> - Jogo “Batata quente”: as crianças formam uma roda. Enquanto a música toca, os participantes passam a “batata” (saco de areia) para a pessoa ao lado, sempre no ritmo da música. Quando a música parar, quem estiver com a batata, vai para o centro da roda. Ganha o último que sobrar. - Leitura e representação de uma história “Os Piratas e os Crocodilos”, na qual, os piratas para chegarem ao tesouro, têm de passar por um conjunto de obstáculos – superfícies de diferentes texturas; passar pelo meio de duas cordas; derrubar os pinos com a bola. Neste jogo, dois jogadores fazem de piratas e os outros dois de crocodilos, tentando impedir que os colegas cheguem ao tesouro. - Atividade de retorno à calma: realização de bolas de sabão com recurso a materiais reutilizados (garrafas), no sentido de trabalhar o controlo respiratório.	Motricidade Global Cognição Socialização
N.º 7: 15/05/2014 (Sessão com os pais)	- Construção da figura humana num papel de cenário. Posterior preenchimento das figuras utilizando diversos materiais.	Motricidade Fina Cognição Socialização
Nº 8: 22/05/2014	- Ativação geral: coreografia da música “Cabeça, ombros, joelhos e pés” - Jogo da glória com 30 casas. Casas vermelhas – uma vez sem jogar, casas amarelas – recuar duas casas, Casas verdes – avançar duas casas. Cartões com emoções (feliz, triste, zangado, com medo) - Retorno à calma – em roda, passar um balão, uns aos outros, apenas com recurso ao sopro. Posteriormente conduzir o balão até a um alvo (arco), soprando.	Motricidade Global Cognição Socialização
N.º 9: 29/05/2014	- Construção de instrumentos musicais, com recurso a diversos materiais (rolos de cozinha, embalagens de iogurte, massa, arroz, milho, missangas, papel crepe). Posteriormente cada criança realiza, à vez, um ritmo e os restantes colegas terão de dançar ao som da música. Para além disso, é pedido que todos toquem de várias formas, primeiro mais devagar, depois mais rápido, mais baixo, mais forte.	Motricidade Fina Cognição Motricidade Global
N.º 10: 05/06/2014	<u>Atividades no exterior</u> - Jogos com corda: (1) Ao som de uma música e, um de cada vez, passam por debaixo de uma corda, sem lhe tocar com nenhuma parte do corpo. Progressivamente vai-se diminuindo a altura da corda, até as crianças terem de gatinhar e por	Motricidade Global Equilíbrio Cognição Socialização

	<p>fim, rastejar para poder passar.</p> <p>(2) Ao som de uma música e, um de cada vez, saltar de um lado para o outro, sem tocar na corda, primeiro a pés juntos e depois em pé coxinho.</p> <p>(3) Construção de letras e números com as cordas (iniciais dos seus nomes e as suas idades).</p> <p>- Jogo “Tiro ao alvo”: pelo chão encontram-se espalhados vários arcos de cores diferentes e a diferentes distâncias. Com balões de água, cada criança, à vez deverá, lançá-los, de modo a acertar no arco de cor correspondente.</p> <p>- Atividade de retorno à calma: conduzir uma bola ao longo do paraquedas, no qual se encontram afixadas diversas formas geométricas de cores diferentes, sem deixar cair a bola ao chão e de modo a esta cair no buraco que se encontra ao meio. Progressivamente vai-se dificultando a tarefa, pedindo que as crianças conduzam, com muito cuidado, a bola até à figura geométrica solicitada pelo adulto, antes de a mesma ser conduzida até à zona no meio.</p>	
<p>N.º 11: 12/06/2014</p>	<p>- Gincana Motora: jogo com seis estações numeradas, nas quais terão de realizar atividades motoras diferentes. Para iniciar o jogo terão de lançar o dado, sendo que o número que sair, é o número da estação para a qual terão de ir. Em cada estação, as crianças realizam, à vez, a atividade.</p> <p><u>Estação 1:</u> Caminhar em cima de uma corda colocada em zig zag, transportando um saco de areia na cabeça.</p> <p><u>Estação 2:</u> Jogo da macaca com triângulos e círculos e saco de areia para lançar.</p> <p><u>Estação 3:</u> Lançar as argolas e acertar nos pinos de cor igual.</p> <p><u>Estação 4:</u> Lançar a bola de ténis com o pé e acertar na baliza e depois lançar com a mão e acertar no cesto.</p> <p><u>Estação 5:</u> Construção com peças de encaixe.</p> <p><u>Estação 6:</u> Construção de puzzles.</p>	<p>Motricidade Global Equilíbrio Motricidade Fina Cognição</p>
<p>N.º 12: 19/06/2014 (Sessão com os pais)</p>	<p>- Jogo “Bolas Coloridas”: as famílias são separadas em duas equipas (azul e vermelha). O objetivo de jogo consiste em cada equipa lançar as bolas da cor da sua equipa, para o campo da equipa adversária, impedindo que as bolas da equipa adversária entrem no seu campo. A atividade é realizada enquanto uma música toca. Quando a música parar, o jogo termina, devendo ser contabilizado o número de bolas da equipa adversária em cada campo. Ganha a equipa que tiver menos bolas da equipa adversária no seu campo.</p> <p>- Reflexão de grupo sobre o trabalho desenvolvido ao longo das sessões, com as crianças, e apresentação das principais evoluções de cada uma das crianças.</p> <p>- Visualização de um vídeo sobre as atividades realizadas nas sessões de grupo.</p>	<p>Motricidade Global Socialização</p>

Anexo XV – Exemplos de materiais construídos

Puzzles



Paraquedas



Jogo da Glória




Anexo XVI – Cronograma das atividades 2013/2014

Programa - Reuniões 2013 – 2014		
Setembro	3	“Reentrê” – Organização
	10	Psicologia "Complicações neurológicas e cardíacas agudas dos anti-psicóticos em contexto de urgência". Marta Almeida e Marta Amado
	17	Pedopsiquiatria (CDC) e “Road-Show” Esclerose Tuberosa
	24	ENCONTRO com...PSIQUIATRIA ADULTOS – A transição, o apoio aos pais de criança com doença neurológica/desenvolvimento/ Novas terapias em psiquiatria
Outubro	1	Intervenção Precoce Sesimbra
	8	Tecnologias e Inclusão e Acessibilidades – Reabilitação Pediátrica
	15	ENCONTRO com... Estimulação cerebral profunda nas distonias – Maria Cristina Begoña – H:SANTA MARIA
	22	Psicologia
		Curso NP & Desenvolvimento (23.24.25 Outubro)
	29	Casuística - "Efeitos metabólicos e endocrinológicos dos anti-psicóticos de 2ª geração em idade pediátrica" Joana Oliveira
Novembro	5	Intervenção Precoce Seixal
	12	ENCONTRO COM...Crianças com livros em diferentes culturas Margarida Botelho e Mário Rainha
	19	Casuística “Síndrome de Prader-Willi” Carlos Escobar/Ana Moutinho
	20	Pedopsiquiatria (Cova Piedade)
	26	Engenharia da Reabilitação –Trabalho final do curso Eng. Tiago Teixeira e Engª Bárbara Necho (UTAD)
Dezembro	3	Intervenção Precoce Almada
	10	Casuística/ Caso Clínico
	17	Almoço de Natal
	24	NATAL
	31	Fim de ano

Janeiro	7	Intervenção Precoce Sesimbra
	14	Casuística/Caso Clínico
	21	Pedopsiquiatria (CDC)
	28	Psicologia
Fevereiro	4	Intervenção Precoce Seixal
	11	Apresentação da Associação “Pais em Rede” – Dra. Júlia Serpa Pimentel
	18	Encontro com.... Daniel Varela – “Epidemiologia da Paralisia Cerebral em Portugal, vigilância nacional aos 5 anos de idade”
	25	“Hiperatividade no Adulto” Psiquiatria Dr. ^a Gisela Borges
Março	4	CARNAVAL
	11	Intervenção Precoce Almada
	18	Sono na criança – Dra. Teresa Moreno
	19	Pedopsiquiatria (Cova Piedade)
	25	COIMBRA – Tese de Doutoramento Ana Filipa Lopes
Abril	1	Intervenção Precoce Sesimbra
	8	Triagem dos Pedidos de Consulta 2013 – Dr. ^a Ana Duarte
	15	Psicologia
	22	Faculdade de Ciência e Tecnologia
	29	Casuística Quistos Aracnóideos – Dr. ^a Joana Oliveira e Fabiana Fortunato.
Maio	6	Projeto Educação – Prof. ^a Cândida e Educadora Gracinda
	13	Intervenção Precoce Seixal
	20	Pedopsiquiatria (CDC)
	27	“PHDA no Adulto” Prof. Carlos Filipe
Junho	3	Projetos APCAS “Cuidar dos Cuidadores” – Prof. Patrício
	10	FERIADO
	17	Intervenção Precoce Almada
	24	FERIADO
Julho	1	Organização para o ano 2014/15
	8	Educação
	16	Pedopsiquiatria (Cova Piedade)
	22	Projetos APCAS “Reabilitação na Proximidade” – Prof. Patrício
	29	Psicologia

Anexo XVII – Apresentação realizada no *Journal Club*


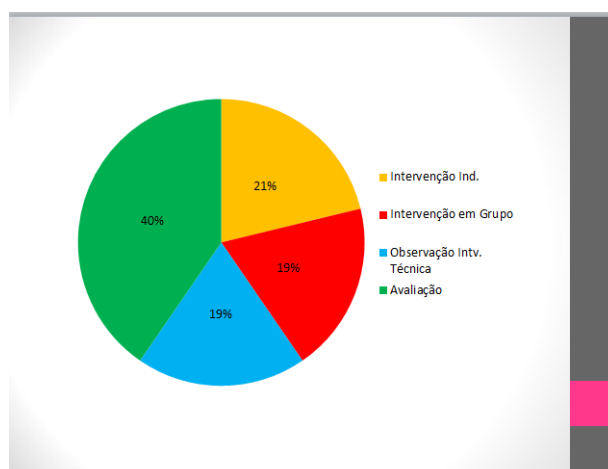
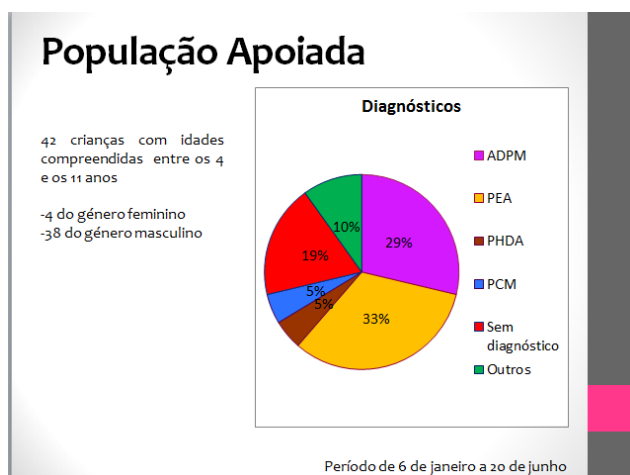


Estágio em Reabilitação Psicomotora para a obtenção do grau de Licenciatura e de Mestrado

Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva – HGO
26 de junho de 2014


Caracterização do trabalho desenvolvido

População Apoiada
Processo de Intervenção
Intervenção Individual
Intervenção em grupo
- Caracterização do grupo pré-escolar

Processo de Intervenção

Psicomotricidade...



Mente

Jogo

Corpo

Movimento

Centrada na globalidade da criança.

Tem em conta tanto os aspetos funcionais como o relacionais.

Através da atividade corporal e de forma lúdica, desenvolve e aumenta o potencial físico, intelectual e afetivo da criança.

O movimento é a primeira forma de pensar. O bebé pensa e comunica o seu pensamento através do movimento. Dizendo adeus, dizendo não, dizendo sim, jogando às escondidas com o lençol....

João dos Santos

Intervenção Individual

Duração: 45 minutos;
Periodicidade: Semanal;
Local: sala de Psicomotricidade

Estrutura das sessões



Ritual inicial

Diálogo inicial

Atividades fundamentais

Retorno à calma

Diálogo final

Ritual final



Intervenção Individual



Intervenção em Grupo



Grupo pré-escolar

4 crianças – idades entre os 5 e os 6 anos
Atraso de Desenvolvimento com dificuldades ao nível da relação e da comunicação.

Grupo escolar

Inicialmente constituído por 2 crianças com 9 e 11 anos. Dificuldades ao nível da socialização com os pares.

Em junho, integração de mais duas crianças no grupo.



Grupo pré-escolar

Duração do projeto: março de 2014 a junho de 2014

Nº de sessões por semana: 1 sessão por semana (Quintas feiras)

Total de sessões: 12 sessões

Duração das sessões: 60 minutos, 16h45-17h45.

Nº de participantes por sessão: 4 crianças (+ 8 adultos em sessão inicial, intermédia e final)

Mês	Março	Abril	Maio	Junho
Dias	20, 27	3, 10, 24	8, 15, 22, 29	5, 12, 19

Domínios Trabalhados



Promover diferentes experiências

Atividades no interior



Atividades no exterior



Atividades com os pais



C.C.



Av. inicial	Av. final
<ul style="list-style-type: none"> Insegurança; Dificuldade em aceitar regras; Dificuldade em relatar as tarefas; Distraía-se facilmente 	<ul style="list-style-type: none"> Maior iniciativa em dar início às atividades; Maior segurança na realização de atividades motoras; Maior nível de atenção nas tarefas.

D.M.



Av. inicial	Av. final
<ul style="list-style-type: none"> • Inibido e retraído; • Pouca interação e envolvimento nas tarefas em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais desinibido e maior iniciativa; • Ajuda os colegas nas atividades; • Maior segurança nas atividades motoras

G.M.



Av. inicial	Av. final
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em estar em grupo e na relação com os outros; • Nível de atenção nas tarefas reduzido; • Dificuldade em aceitar regras; • Pouca motivação e recusa nas tarefas grafomotoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece e interage com os colegas • Maior capacidade para permanecer nas tarefas em grupo até ao fim • Mais comunicativo • Maior investimento nas atividades manuais

S.N.



Av. inicial	Av. final
<ul style="list-style-type: none"> • Pouco investimento nas tarefas • Comportamentos de oposição • Dificuldade em aceitar regras • Baixa resistência à frustração 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais interativo • Adere mais às atividades • Maior capacidade para seguir regras e esperar a sua vez nos jogos

Os melhores momentos

Vídeo